

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, jika telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat, sangat besar kemungkinannya kehamilan. Jika direncanakan, akan memberi rasa bahagia dan penuh harapan, tetapi disisi lain kemampuan yang diperlukan bagi wanita untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi selama kehamilan, baik perubahan yang bersifat fisiologis maupun psikologis (Fatimah & Nuryaningsih, 2017).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Jadi, dapat dikatakan bahwa kehamilan adalah bertemunya sel telur dan sperma di dalam atau di luar rahim dan berakhir dengan keluarnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir.

Kehamilan adalah mulai dari ovulasi sampai partus 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). pembagian kehamilan dibagi dalam 3 trimester : trimester I, dimulai dari konsepsi 6 sampai tiga bulan (0-12 minggu); trimester II, dimulai dari bulan keempat sampai enam bulan (13-28 minggu); trimester III dari bulan tujuh sampai sembilan bulan (29-42 minggu) (Fatimah & Nuryaningsih, 2017).

2. Proses Kehamilan

Suatu kehamilan akan terjadi bila terdapat 5 aspek berikut, yaitu :

a. Ovum

Ovum adalah suatu sel dengan diameter + 0,1 mm yang terdiri dari suatu nukleus yang terapung-apung dalam vitellus dikelilingi oleh zona pellusida oleh kromosom radiata. Saat ovulasi, ovum keluar dari folikel ovarium yang pecah. Ovum tidak dapat berjalan sendiri. Kadar estrogen yang tinggi meningkatkan

gerakan tuba uterine sehingga silia tuba tersebut dapat menangkap ovum dan gerakkannya sepanjang tuba menuju rongga rahim.

b. Spermatozoa

Berbentuk seperti kecebong, terdiri dari kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti, leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat bergerak sehingga sperma dapat bergerak cepat. Dalam saluran reproduksi wanita spermatozoa mengalami kapasitasi sebelum ia mampu membuahi ovum. Kapasitasi terjadi dalam rongga uterus dan tuba yaitu berupa pelepasan lapisan pelindung disekitar akrosom. Setelah ini terjadilah reaksi akrosomik yaitu pembentukan lobang-lobang kecil pada akrosom tempat dilepaskannya enzim-enzim yang dapat melisiskan corona radiata dan zona pelucida. Setidak-tidaknya dikenal dua enzim yaitu CPE (Corona Penetrating Enzyme) yang mencerna corona radiata dan bialuronidase yang mencerna zona pelusida.

c. Konsepsi

Konsepsi didefinisikan sebagai pertemuan antara sperma dan sel telur yang menandai awal kehamilan. Peristiwa ini merupakan rangkaian kejadian yang meliputi pembentukan gamet (telur dan sperma), ovulasi (pelepasan telur), penggabungan gamet dan implantasi embrio didalam uterus.

d. Fertilisasi

Fertilisasi adalah terjadinya pertemuan dan persenyawaan antar sel mani dan sel telur. Fertilisasi terjadi di ampulla tuba. Syarat dari setiap kehamilan adalah harus ada: spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi) dan Nidasi hasil konsepsi. Dalam literatur istilah lain yang sering dipakai untuk fertilisasi adalah konsepsi, fekondasi/ pembuahan. Dengan adanya fertilisasi inti ovum segera berubah menjadi pronukleus betina, sementara spermatozoon setelah melepaskan ekornya berubah menjadi pronukleos jantan. Kedua pronukleus ini akhirnya melebur ditengah-tengah sitoplasma sel telur dan terjadilah zigot, sebuah sel tunggal, awal sebuah kehidupan baru makhluk hidup.

e. Nidasi

Nidasi terjadi karena trofoblast mempunyai daya untuk endometrium Nidasi terjadi karena menghancurkan sel-sel endometrium. Hancuran dipegunakan sebagai bahan makanan oleh telur. Tempat Nidasi biasanya pada dinding depan dan dinding belakang didaerah fundus uteri.

3. Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

1. Sistem Reproduksi

a. Vagina dan Vulva

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada mengendornya jaringan ikat, dan hipertropi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, dinding vagina.

b. Serviks Uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi). Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang.

c. Uterus

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus kesamping dan keatas, terus tumbuh hingga menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan uterus akan berotasi kearah kanan, dekstrorotasi ini disebabkan oleh adanya rektosigmoid di daerah kiri pelvis.

d. Ovarium

Pada trimester ke II korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk.

2. Sistem Payudara

Pada trimester I pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Pada kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrom.

3. Sistem Endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami perbesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon pada tiroid, vitamin D dan kalsium. Adanya gangguan pada salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. Konsentrasi plasma hormon pada tiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Aksi penting dari Hormon paratiroid ini adalah untuk memasuk janin dengan kalsium yang adekuat. Selain itu, juga diketahui mempunyai peran dalam produksi peptida pada janin, plasenta, dan ibu.

4. Sistem Perkemihan

Pada kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdelatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin.

5. Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekana

uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral.

6. Sistem Muskuloskeletal

Sendi pelvic pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan.

7. Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14000-16000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Respon yang sama diketahui terjadi selama dan setelah melakukan latihan yang berat. Distribusi tipe sel juga akan mengalami perubahan. Pada kehamilan, terutama trimester ke-3, terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limfosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit.

8. Sistem Integumen

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini dikenal dengan striae gravidarum. Pada multipara selain striae kemerahan itu sering kali di temukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya. Pada kebanyakan perempuan kulit digaris pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang di sebut dengan linea nigra. Kadang-kadang muncul dalam ukuran yang variasi pada wajah dan leher yang disebut dengan chloasma atau melasma gravidarum, selain itu pada areola dan daerah genitalia juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan.

9. Sistem Metabolisme

Pada wanita hamil basal metabolic rate (BMR) meningkat. BMR meningkat hingga 15-20 % yang umumnya terjadi pada trimester terakhir. Akan tetapi bila dibutuhkan dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. BMR kembali setelah hari ke-5 atau ke-6 pasca partum. Peningkatan BMR mencerminkan kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu. Pada kehamilan tahap awal banyak wanita mengeluh merasa lemah dan letih melakukan aktifitas ringan. Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme

tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI. Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15% sampai 20% dari semula terutama pada trimester ke-III

- 1) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- 2) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi % gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari.
- 3) Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein
- 4) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi:
 - a) Fosfor rata-rata 2 gr dalam sehari
 - b) Zat besi, 800 mgr atau 30-50 mgr sehari Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.

10. Sistem Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks massa tubuh yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2.

Contohnya: Ibu S dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1,57 m. Maka IMT -nya adalah $51/(1,57)^2 = 20,7$ Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat kelambatan dalam penambahan berat badan ibu ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra uteri.

Nilai IMT	Kategori
Kurang dari 20	Underweight/dibawah normal
20-24,9	Desirable/normal
25-29,9	Moderate obesity/lebih dari normal
Over 30	Severe obesity/sangat gemuk

Tabel 1.1 Indikator penilaian untuk IMT

11. Sistem Darah dan Pembekuan Darah

a. Sistem Darah

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bahan interseluler adalah cairan yang disebut plasma dan di dalamnya terdapat unsur-unsur padat, sel darah. Volume darah secara keseluruhan kira-kira 5 liter. Sekitar 55%nya adalah cairan

sedangkan 45% sisanya terdiri atas sel darah. Susunan darah terdiri dari air 91,0%, protein 8,0% dan mineral 0,9%.

b. Pembekuan Darah

Pembekuan darah adalah proses yang majemuk dan berbagai faktor diperlukan untuk melaksanakan pembekuan darah sebagaimana telah diterangkan. Trombin adalah alat dalam mengubah fibrinogen menjadi benang fibrin. Trombin tidak ada dalam darah normal yang masih dalam pembuluh. Tetapi yang ada adalah zat pendahulunya, protombin yang kemudian diubah menjadi zat aktif trombin oleh kerja trombokinase. Trombokinase atau tromboplastin adalah zat penggerak yang dilepaskan ke darah ditempat yang luka. Diduga terutama tromboplastin terbentuk karena terjadi kerusakan pada trombosit, yang selama ada garam kalsium dalam darah, akan mengubah protombin menjadi trombin sehingga terjadi pembekuan darah.

12. Sistem Persyarafan

Perubahan fungsi sistem neurologi selama masa hamil, selain perubahan - perubahan neurohormonal hipotalami-hipofisis. Perubahan fisiologik spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologi dan neuromuskular berikut:

- a. Kompresi saraf panggul atau statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah.
- b. Lordosis dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf.
- c. Edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrome selama trimester akhir kehamilan. Edema menekan saraf median bagian bawah ligamentum karpalis pergelangan tangan. Sindrom ini ditandai oleh parestesia (sensasi abnormal seperti rasa terbakar atau gatal akibat gangguan pada sistem saraf sensori) dan nyeri pada tangan yang menjalar ke siku.
- d. Akroestesia (gatal di tangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, dirasakan pada beberapa wanita selama hamil. Keadaan ini berkaitan dengan tarikan pada segmen fleksus brakialis.
- e. Nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul pada saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya. Nyeri kepala dapat juga dihubungkan dengan gangguan penglihatan. seperti kesalahan refraksi, sinusitis atau migran.
- f. Nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsan dan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi pada awal kehamilan. Ketidakstabilan vasomotor, hipotensi postural atau hipoglikemi mungkin keadaan yang bertanggungjawab atas keadaan ini.

- g. Hipokalsenia dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuskular, seperti kram otot atau tetani.

13. Sistem Pernapasan

14. Pada 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil derajat kesulitan bernafas.

Ada beberapa cara yang dapat di gunakan untuk memastikan kehamilan melalui tes.

a. Tes urine.

Tes urine atau tes HCG adalah bentuk tes kehamilan dengan menguji keberadaan HCG atau human chorionoc gonadotrophine HCG yang merupakan hormon yang di produksi oleh plasenta begitu embrio mulai menempel pada dinding rahim. Hormon ini sebagian di keluarkan melalui air seni ibu yang sedang hamil.

b. Tes Darah

Fungsi tes darah sama dengan tes urine yaitu melihat keberadaan hormon HCG.

c. Tes dengan USG

Ultrasonografi lebih meyakinkan dikarenakan kita dapat melihat gambaran embrio melalui layar USG.

4. Perubahan Fisik

1. Gatal gatal

Penyebab gatal gatal adalah karena semakin membesarnya perut yang membuat kulit meregang sehingga menimbulkan gatal.

2. Suhu Badan Meningkat

Perubahan ini merupakan upaya penyesuaian yang di lakukan tubuh agar bisa mendukung bayi yang semakin membesar. Terjadinya perubahan ini menyebabkan naiknya suhu tubuh.

3. Sulit Tidur

Perut semakin membesar membuat ibu hamil sulit mencari posisi tidur yang nyaman. Gerakan bayi yang semakin lincah serta tekanan kandung kemih membuat ibu hamil makin kesulitan untuk tidur.

4. Kaki Kram

Hal ini terjadi dikarenakan ukuran rahim yang membesar mengakibatkan tekanan yang mengganggu sirkulasi darah pada kaki dan menyebabkan tekanan pada saraf tertentu. Hal ini bisa terjadi juga di karenakan adanya ketidakseimbangan kalsium dan fosfor dalam tubuh.

5. Perubahan Psikologis Pada Trimester III

- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, anen, dan tidak menarik.
- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu.
- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e. Merasa sedih karena akan terpisahkan dari bayinya.
- f. Merasa kehilangan perhatian.
- g. Perasaan sudah terluka (sensitif).
- h. Libido menurun.

6. Pantangan Ibu Hamil

Ibu hamil tidak boleh terjatuh dan terpeleset dikarenakan dapat menyebabkan kecacatan pada janin, keguguran bahkan mengancam nyawa sang ibu. Ibu hamil tidak dianjurkan melakukan olahraga berat, menunda kepergian jauh terlebih perjalanan udara dikarenakan kecapean dan kekurangan oksigen dapat menghambat pertumbuhan sang bayi. Tidak diperbolehkan bagi ibu hamil mengonsumsi obat dengan sembarangan serta jamu. Hal itu dapat memicu kelainan otak janin. Ibu hamil tidak boleh memakai pakaian yang ketat dan tidak lentur. Tujuannya untuk tidak menghambat gerakan serta oksigen yang dibutuhkan janin untuk bertumbuh. Mengonsumsi makanan yang banyak mengandung gas serta garam berlebih sangat tidak dianjurkan untuk dikonsumsi ibu hamil. Hubungan suami istri boleh dilakukan terkecuali bila dokter melarang dikarenakan membahayakan keadaan ibu maupun janin.

7. Kebutuhan Ibu Hamil

Faktor fisik yang mempengaruhi kehamilan antara lain kesehatan, status gizi dan gaya hidup. Berikut ini penjelasan faktor fisik yang mempengaruhi kehamilan.

Kebutuhan fisik yang mempengaruhi kehamilan antara lain kesehatan, status gizi dan gaya hidup. Berikut ini penjelasan faktor kebutuhan fisik yang mempengaruhi kehamilan.

- a. Status kesehatan merupakan salah satu faktor yang termasuk faktor kebutuhan fisik yang berhubungan dengan kondisi kesehatan ibu hamil.
- b. Status Gizi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin.

Kebutuhan zat gizi pada ibu hamil secara garis besar yaitu:

1. Asam Folat
2. Energi atau karbohidrat
3. Protein
4. Zat besi (fe)
5. Kalsium
6. Vitamin D
7. Yodium
8. Tidak ada rekomendasi rutin untuk pemberian Zinc, Magnesium, dan minyak ikan selama kehamilan
9. Vitamin A.

c. Gaya Hidup

Selain pola makan yang di hubungkan dengan gaya hidup masyarakat sekarang, ternyata ada beberapa gaya hidup lain yang cukup merugikan kesehatan seorang wanita hamil. Pengaruh gaya hidup terhadap kehamilan terdiri dari:

1. Kebiasaan minum jamu
2. Aktivitas Seksual
3. Pekerjaan atau aktivitas sehari - hari
4. Senam Hamil
5. Konsumsi Alkohol
6. Merokok
7. Kehamilan tidak di harapkan

8. Standar Pelayanan Asuhan Kebidanan

Pelayanan 7T yaitu

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
2. Tekanan darah diukur.
3. Tinggi puncak rahim (fundus) di ukur untuk mengetahui letak janin dan usia kehamilan.
4. TT, yaitu imunisasi anti-tetanus dua kali selama kehamilan dengan jarak satu bulan untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir.
5. Tablet Tambah Darah (TTD) sehari 1 tablet, selama sedikitnya 90 hari.
6. Tes PMS
7. Temu wicara

2.1.2 Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

a. Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan kewajiban memberikan pelayanan kepada klien yang memiliki kebutuhan dan/atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi dan keluarga berencana termasuk kesehatan reproduksi serta pelayanan kesehatan masyarakat (Asrinah, dkk, 2017)

b. Tujuan Asuhan Kehamilan

Tujuan asuhan kehamilan yang harus di upayakan oleh bidan melalui asuhan antenatal yang efektif; adalah mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik mental sosial ibu dan bayi dengan pendidikan kesehatan, gizi, kebersihan diri, dan proses kelahiran bayi. Di dalamnya juga harus dilakukan deteksi abnormalitas atau komplikasi dan penatalaksanaan komplikasi medis, bedah, atau obstetri selama kehamilan. Pada asuhan kehamilan juga dikembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi, membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial dan mempersiapkan rujukan apabila diperlukan.

c. Sasaran pelayanan

Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar minimal 4 kali selama kehamilan.

- a. Satu kali pada trimester pertama, yaitu sebelum usia kehamilan 14 minggu.
- b. 2. Satu kali pada trimester kedua, yaitu selama umur kehamilan 14-28 minggu.
- c. 3. Dua kali pada trimester ketiga, yaitu selama kehamilan 28-36 minggu dan setelah umur kehamilan 36 minggu.

1. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

A. Data subjektif

Data subjektif, berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah:

1) Biodata

Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan yang terdiri dari data ibu dan suami meliputi:

- a. Nama ibu dan suami
Untuk dapat mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah bila ada nama yang sama.
- b. Umur
Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun.
- c. Suku/bangsa
Untuk mengetahui kondisi sosial budaya ibu yang mempengaruhi perilaku kesehatan.
- d. Agama
Dalam hal ini berhubungan dengan perawatan penderita yang berkaitan dengan ketentuan agama. Antara lain

dalam keadaan yang gawat ketika memberi pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungan, misalnya agama Kristen memanggil pendeta dan sebagainya.

e. Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat intelektual, tingkat pendidikan suatu sikap perilaku kesehatan seseorang.

f. Pekerjaan

Hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi agar nasehat kita sesuai. Pekerjaan ibu perlu diketahui untuk mengetahui apakah ada pengaruh pada kehamilan seperti bekerja di pabrik rokok, percetakan, dan lain-lain.

g. Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya bersarnaan. Ditanyakan alamatnya, agar dapat dipastikan ibu mana yang hendak ditolong itu. Alamat juga diperlukan bila kunjungan kepada penderita.

h. Telepon

Ditanyakan bila ada, untuk memudahkan komunikasi.

2) Alasan Kunjungan Apakah alasan kunjungan ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksa kehamilannya.

3) Kunjungan

4) Apakah kunjungan ini adalah kunjungan awal atau kunjungan ulang. Keluhan utama Keluhan utama untuk mengetahui alasan pasien datang kefasilitas pelayanan kesehatan

5) Riwayat keluhan utama

Riwayat keluhan utama di tanya dengan tujuan untuk mengetahui sejak kapan seorang klien merasakan keluhan tersebut.

6) Riwayat kebidanan.

b. Riwayat menstruasi Data ini digunakan untuk mendapatkan gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksi pasien. Beberapa data yang harus kita peroleh dari riwayat menstruasi antara lain yaitu menarche (usia pertama kali mengalami menstruasi pada umumnya wanita Indonesia mengalami menarche pada usia 12 tahun sampai 16 tahun), siklus menstruasi (jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari yang biasanya sekitar 23 sampai 32 hari), data volume darah ini menjelaskan seberapa banyak menstruasi yang dikeluarkan biasanya yang digunakan berupa kriteria

banyak atau sedikitnya, keluhan, beberapa wanita keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi dan dapat merujuk kepada diagnosis tertentu.

c. Gangguan kesehatan alat reproduksi

Data ini sangat penting untuk kita kaji karena memberikan petunjuk bagi kita tentang organ reproduksi yang sedang sakit. Ada beberapa penyakit organ reproduksi yang berkaitan erat dengan kebersihan pribadi pasien, atau kebiasaan lain yang tidak mendukung kesehatan reproduksinya. Jika didapatkan adanya salah satu atau beberapa riwayat gangguan kesehatan alat reproduksi, maka kita harus waspada adanya kemungkinan gangguan kesehatan alat reproduksi pada masa postpartum. Beberapa data yang perlu kita kaji dari pasien adalah apakah pasien pernah mengalami gangguan seperti keputihan, infeksi, gatal karena jamur, tumor. Riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penepatan Langgal perkiraan yang disebutkan taksiran partus di beberapa tempat. Perhitungan atau lakukan dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada haid pertama haid terakhir (HPHT) atau dengan mengurangi bulan dengan 3. kemudian menambahkan? hari dan 1 tahun.

d. Riwayat kontrasepsi

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi EED, dan karena penggunaan metode lain dapat membantu "menanggali" kehamilan. Ketika seseorang wanita menghabiskan pil berisi hormon dalam kaplet kontrasepsi oral, periode menstruasi yang selanjutnya akan dialami disebut "withdrawal bleed". Menstruasi ini bukan karena pengaruh hormon dalam wanita tersebut, tetapi karena dukungan hormonal terhadap endometrium yang diberikan oleh kontrasepsi yang dihentikan. Menstruasi spontan mungkin tidak terjadi atau terjadi pada waktu biasanya. Kurangnya amenore-post-pil. menstruasi spontan disebut amenorea-post-pil.

e. Riwayat obstetri tentang riwayat kehamilan yang mencakup bulan-bulan dan tahun-tahun kehamilan tersebut berakhir, usia kehamilan pada saat itu, tipe persalinan (spontan, forseps, ekstraksi vakum, atau bedah sesar), lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama), berat lahir, jenis kelamin, dan

komplikasi lain, kesehatan fisik dan emosi terakhir harus diperhatikan.

Usia Gestasi

Usia gestasi saat bayi yang terdahulu lahir harus diketahui karena kelahiran prematur cenderung terjadi dan karena beberapa wanita mengalami kesulitan mengembangkan ikatan dengan bayi yang dihospitalisasi dalam waktu yang lama.

Jenis kelahiran

Catat kelahiran terdahulu apakah pervaginam, melalui bedah sesar, dibantu forseps atau vakum. Jika wanita pada kelahiran terdahulu menjalani bedah sesar, untuk kelahiran saat ini ia mungkin melahirkan pervaginam. Keputusan ini, biasanya diambil berdasarkan lokasi insisi di uterus, kemampuan unit persalinan di rumah sakit untuk merespon segera bila ruptur uteri terjadi, dan keinginan calon ibu. Jika insisi uterus ada dibagian bawah dan melintang, bukan vertikal maka bayi diminta untuk dikeluarkan pervaginam. Lama persalinan

Lama merupakan faktor yang penting karena persalinan yang lama juga mencerminkan suatu masalah dapat berulang. Kemungkinan ini semakin kuat jika persalinan yang lama merupakan pola yang berulang. Persalinan pertama yang lebih lama berulang pada persalinan berikutnya. Namun, tidak ada salahnya meminta catatan lahir dan jika detik wanita melapor pernah bersalin lebih dari 24 jam. Persalinan singkat juga harus dicatat karena hal ini sering kali berulang.

Berat lahir

Berat lahir sangat penting untuk mengidentifikasi apakah bayi lahir kecil untuk masa kehamilan (BKMK) atau bayi besar untuk masa kehamilan (BBMK), suatu kondisi yang biasanya berulang, apabila persalinan pervaginam, berat lahir mencerminkan bahwa bayi dengan ukuran tertentu berhasil memotong pelvis maternal.

Gender/jenis kelamin

Dengan membicarakan jenis kelamin bayi terdahulu, ini memberikan kesempatan untuk menyanyai klien tentang perasaannya terhadap anak laki-laki dan perempuan serta keinginannya dan pasangannya

sehubungan dengan jenis kelamin bayi yang mengandungnya saat ini.

Komplikasi

Setiap komplikasi yang terkait dengan kehamilan harus diketahui sehingga dapat dilakukan antisipasi terhadap komplikasi berulang. Kondisi lain yang cenderung berulang adalah anomali kogenital, diabetes gestasional, preeklampsia, retardasi pertumbuhan intrauterin, depresi paska partum, dan perdarahan paska partum.

f. Riwayat kesehatan

Dari data riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanda (warning) akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan fisiologis pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu diketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit, seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi/hipotensi dan hepatitis.

g. Riwayat seksual

Riwayat seksual adalah bagian dari data yang lengkap karena riwayat ini memberi informasi medis yang penting secara klinis sehingga dapat lebih memahami klien dan mendapat kesempatan untuk:

- (1) menyediakan informasi dasar seksual
- (2) menyediakan informasi yang dapat mengurangi kecemasan dan menghilangkan mitos
- (3) menyediakan motivasi seksual untuk memperbaiki fungsi
- (4) Membuat referensi bila disfungsi atau masalah emosional.

h. Riwayat keluarga

Informasi tentang keluarga pasien penting untuk Mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil! akhir-akhir ini atau risiko memiliki bayi yang menderita penyakit. informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang ras atau etnik yang diperlukan untuk melakukan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit yang memiliki komponen herediter.

i. Riwayat Sosial

Kumpulan Keluarga.

Informasi tentang keluarga klien harus mencakup asal keluarga, tempat lahir, orang-orang yang tinggal bersama klien, individu yang dapat diandalkan dalam mendukung dukungan. Kita dapat bertanya "dapatkah anda cerita sedikit tentang terpenting dalam hidup anda?". Respon klien dapat mengarah ke pertanyaan tentang pasangan, orang tua, saudara kandung, atau kerabat lain dan teman. Dapat dilanjutkan dengan pertanyaan "apakah anda hidup bersama seorang pasangan?" atau "apakah anda sendiri, memiliki pasangan, menikah, hidup terpisah, bercerai atau menjanda?". Hal ini menunjukkan bahwa kita sebagai bidan menyadari tidak semua wanita hamil menerapkan suatu tatanan pernikahan yang resmi.

Status perkawinan.

Ini penting untuk dikaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana tangga pasangan. Beberapa pertanyaan yang perlu kepada klien antara lain adalah "berapa klien ketika menikah pertama kali, status pernikahan rumah lama pernikahan, ini suami yang ke?"

Sumber dukungan.

Tanyakan pada klien siapa pun yang diandalkan untuk mendapatkan dukungan. Pada saat tertentu wanita mungkin menjawab tidak seorangpun. Dengan demikian, kunjungan yang lebih lama dan lebih sering berfokus pada upaya untuk mendapatkan dukungan emosional dan menjalin hubungan dengan sumber komunitas yang tepat harus dimungkinkan jika dimungkinkan.

Respon ibu terhadap kehamilan ini.

Dalam mengkaji data yang ini, kita dapat menanyakan langsung kepada klien mengenai bagaimana perasaannya terhadap kehamilannya. Pertanyaan yang dapat kita lakukan yaitu misalnya "Bagaimana mbak perasaannya dengan kehamilan ini?"

Respon keluarga terhadap kehamilan. Bagaimanapun juga, hal ini sangat penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respons yang positif dari keluarga terhadap kehamilan, akan mendukung proses adaptasi ibu dalam menerima. Dalam mengkaji data ini, bidan dapat menanyakan langsung kepada itu mengenai bagaimana perasaannya terhadap

kehamilannya. Ekspresi wajah yang mereka tampilkan juga dapat memberikan petunjuk kepada kita tentang bagaimana respons mereka terhadap kehamilan ini.

Pengetahuan ibu tentang perawatan kehamilan. Data ini dapat kita peroleh dari beberapa pertanyaan tentang perawatan kita kepada pasien mengenai perawatan selama hamil. Pengalaman atau riwayat kehamilan yang lalu dapat pula kitalah sebagai bahan pertimbangan dalam kesimpulan sejauh mana mengetahui tentang perawatan kehamilan dan perawatan bayinya kelak.

Pengetahuan ibu tentang keadaan dan perawatannya.

Penting untuk diketahui mengenai keadaannya dan perjalanan dan perawatannya. Hal yang dimaksudkan agar pasien dapat bekerja sama dalam menjalankan program perawatan.

Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa hamil.

Untuk mendapatkan data ini, bidan sangat perlu melakukan pendekatan terhadap keluarga pasien, terutama orang tua. Hal penting yang biasanya terutama berkaitan dengan masa hamil yaitu menu makan untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap goreng-gorengan karena dipercaya akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan makanan yang berasal dari daging, ikan, telur, dan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan terhambat. Dengan banyaknya jenis juga nafsu makannya, sehingga asupan makanan yang harusnya lebih banyak dari biasanya malah semakin banyak makanan yang harus dibatasi, maka akan berkurang. Selain itu, produksi ASI juga akan berkurang karena volume ASI dipengaruhi oleh asupan nutrisi dengan kualitas dan kuantitas yang cukup. Perencanaan KB Meskipun menggunakan alat kontrasepsi masih lama namun tidak ada salahnya jika kita mengkajinya lebih awal agar pasien mendapatkan informasi mungkin mengenai beberapa pilihan alat kontrasepsi. Kita juga dapat memberikan penjelasan mengenai alat kontrasepsi tertentu yang sesuai dengan kondisi dan keinginan pasien.

7) Pola Kehidupan sehari-hari

a. Pola makan

Ini penting untuk di ketahui supaya kita mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil. Kita bisa menggali dari pasien tentang makanan yang disukai dan yang tidak disukai, seberapa banyak ia mengkonsumsinya. Sehingga jika peroleh data yang tidak sesuai dengan standar pemenuhan, maka kita dapat memberikan klarifikasi dalam pemberian pendidikan kesehatan mengenai gizi ibu hamil. Beberapa hal yang perlu kita tanyakan pada pasien berkaitan dengan pola makan adalah sebagai berikut.

Menu.

Ini di katikan dengan pola diet seimbang bagi ibu hamil. Jika pengaturan menu makanan yang dilakukan oleh pasien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi. Maka, bidan dapat memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyusunan menu seimbang bagi ibu. Kita dapat menanyakan kepada pasien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari (nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan dan lain-lain).

Frekwensi.

Data ini memberi petunjuk bagi kita tentang seberapa banyak asupan makanan yang dikonsumsi ibu.

Jumlah perhari.

Data ini memberi kita informasi seberapa banyak makanan yang ibu makan dalam waktu satu kali makan. Untuk mendapatkan gambaran total makanan yang ibu makan bidan dapat menampilkannya dengan frekwensi makan dalam sehari.

Pantangan.

Ini juga penting untuk kita kaji karena ada kemungkinan pasien berpantang terhadap makanan justru dapat mendukung pemulihan fisiknya, misalnya daging, ikan dan telur.

b) Pola minum

Kita juga harus dapat memperoleh data tentang kebiasaan pasien dalam memenuhi kebutuhan cairannya. Apalagi dalam masa hamil asupan

cairan yang cukup sangat dibutuhkan. Hal-hal yang perlu kita cintai pada pasien tentang pola minum adalah frekwensi minum, jumlah minum perhari dan jenis minuman.

c) Pola Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh ibu hamil. Oleh karena itu, bidan perlu menggali kebiasaan istirahat agar diketahui hambatan ibu yang mungkin muncul jika diperoleh data yang senjang tentang pemenuhan kebutuhan istirahat. Bidan dapat menanyakan berapa lama ia tidur dimalam dan siang hari.

d) Aktivitas sehari-hari Kita perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien dirumah. Jika kegiatan yang terlalu berat sampai dikawatirkan dapat menimbulkan penyulit masa hamil, maka kita dapat memberi peringatan sedini mungkin kepada pasien untuk membatasi kegiatannya sampai dia sehat dan pulih kembali. Aktifitas yang terlalu berat dapat menyebabkan abortus dan persalinan prematur.

e) Personal hygiene

Data ini perlu dikaji karena bagaimanapun, kebersihan akan mempengaruhi kesehatan pasien dan janinnya. Jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya, maka bidan harus dapat memberikan bimbingan mengenai cara perawatan kebersihan diri sedini mungkin. Beberapa kebiasaan yang dilakukan dalam perawatan kebersihan diri diantaranya adalah mandi, keramas, mengganti baju dan celana dalam dan kebersihan kuku.

f) Aktifitas seksual

Walaupun ini adalah hal yang cukup pribadi bagi pasien, namun bagi bidan harus menggali data dari kebiasaan ini, karena terjadi beberapa kasus keluhan dalam aktifitas seksual yang cukup mengganggu pasien namun ia tidak tahu kemana ia harus berkonsultasi. Dengan teknik komunikasi yang senyaman mungkin bagi pasien, bidan dapat menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan aktifitas seksual seperti frekuensi berhubungan

dalam seminggu dan gangguan/keluhan apa yang di rasakan

A. Data Objektif

Setelah data subjektif kita dapatkan, untuk melengkapi data kita dalam menegakkan diagnosis, maka kita harus melakukan pengajian data objektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan.

Data-data yang perlu untuk dikaji adalah sebagai berikut.

Pemeriksaan umum;

- 1) Keadaan Umum: baik
- 2) Kesadaran: komposmentis
- 3) Postur Tubuh: Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kiposis, scoliosis, atau berjalan pincang dan sebagainya.
- 4) Tinggi Badan: Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi.
- 5) Berat Badan: Ditimbang tiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,05 kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,50 sampai 16,50 kg.
- 6) Lila (Lingkar Lengan Atas) Pada Bagian Kiri: Lila kurang dari 23,50 cm merupakan Indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR. Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya

Pemeriksaan Tanda-tanda vital:

- 1) Tekanan Darah: Tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg atau lebih, dan/atau diastolic 15 mmHg atau lebih, kelainan ini dapat berlanjut menjadi pre eklamsi dan eklamsi kalau tidak di tangani dengan tepat
- 2) Nadi: Dalam keadaan santai denyut nadi pada ibu sekitar 60-80x/menit. Denyut nadi 100x/menit atau lebih dalam keadaan santai merupakan pertanda buruk. Jika denyut nadi ibu 100x/menit atau lebih, mungkin ibu mengalami salah satu atau lebih keluhan seperti tegang, ketakutan atau cemas akibat gangguan tyroid, gangguan jantung.
- 3) Pernafasan: Untuk mengetahui fungsi system pernafasan Normalnya 16-24x/menit.
- 4) Suhu tubuh: Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. Suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi.

Pemeriksaan khusus pada ibu hamil meliputi: 1) Inspeksi adalah memeriksa dengan cara melihat atau memandang.

Tujuan untuk melihat keadaan klien umum, gejala kehamilan dan adanya kelainan. Inspeksi / pemeriksaan pandang tersebut meliputi:

a) Rambut: Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu.

b) Muka: Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmen yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan.

c) Mata: Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada conjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pra eklamsi.

d) Hidung: Normal tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan cukup.

e) Telinga: Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris.

f) Mulut: Adakah sariawan, bagaimana kebersihannya. Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih.

g) Gigi: Adakah karies, atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi karies yang berkaitan dengan emesis, hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi.

h) Leher: Normal tidak ada ketersediaan kelenjar thyroidea, tidak ada ketersediaan kelenjar limfe dan tidak ada batasan vena jugularis.

i) Dada: Bentuk normal simetris, hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol.

j) Abdomen: Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livida dan terdapat fitur abdomen.

k) Vagina: Normal tidak terdapat varises pada vulva dan vagina, tidak odema, tidak ada condyloma akuminata, tidak ada condyloma lata.

l) Anus: Normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus

m) Ekstremitas: Normal simetris dan tidak odema.

2) Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan meraba.

Tujuannya untuk mengetahui kelainan, mengetahui perkembangan kehamilan. Pemeriksaan palpasi tersebut meliputi:

a) Leher: Untuk mengetahui ada tidaknya kelenjar tiroid. Pembesaran kelenjar limfe dan ada tidaknya bendungan pada vena jugularis.

b) Dada: Mengetahui ada tidaknya benjolan atau massa pada payudara.

c) Perut

(1) Leopold I: Normal tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan. Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong)

Tujuan: Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus

(2) Leopold II: Normal teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil. Tujuan: Untuk mengetahui batas kiri/kanan pada uterus ibu, yaitu: punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang.

(3) Leopold III: Normal pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin) Tujuan: Mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di symphysis ibu.

(4) Leopold IV: Posisi tangan masih bisa bertemu, dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen). Tujuan: Untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin kedalam PAP.

3) Auskultasi

Normal terdengar detak jantung di bawah pusat ibu (baik dibagian kiri atau dibagian kanan). Mendengarkan detak jantung bayi melalui frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140 x/menit.

4) Perkusi

Reflek Patella

Normal: tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsi.

Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1.

Pemeriksaan laboraturium

Terdiri dari:

1. Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan Hbs Ag.

Pemeriksaan hemoglobin dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko yang terjadi karena adanya anemia. Bila kadar Hb ibu kurang dari 10.00gr% berarti ibu dalam keadaan anemia, terlebih bila kadar Hb kurang dari 8.00 gr% berarti ibu anemia berat. Batas terendah untuk kadar Hb dalam kehamilan 10 gr/100ml. Wanita yang

memiliki Hb kurang dari 10gr/100mt baru disebut menderita anemia dalam kehamilan. Pemeriksaan Hb mini dilakukan dua kali selama hamil, yaitu pada trimester I dan trimester III sedangkan pemeriksaan Hbs yang digunakan untuk mengetahui apakah ibu menderita hepatitis atau tidak.

2. Urine

Pemeriksaan yang dilakukan adalah reduksi urine dan albumin dalam urine sehingga diketahui apakah ibu menderita preeklamsi atau tidak.

2.2 Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Bentuk persalinan berdasarkan definisi adalah sebagai berikut :

- 1) Persalinan Spontan Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri
- 2) Persalinan Buatan Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar
- 3) Persalinan Anjuran Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari jalan rangsangan.

Beberapa hal yang berkaitan dengan umur kehamilan dan berat janin yang dilahirkan :

- 1) Abortus
 - a) Terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan
 - b) Umur kehamilan sebelum 28 minggu
 - c) Berat janin kurang dari 1000 gram.
- 2) Persalinan Prematuritas
 - a) Persalinan pada umur kehamilan 28 - 36 minggu
 - b) Berat janin kurang 2.499 gram
- 3) Persalinan Aterm
 - a) Persalinan antara umur kehamilan 37- 42 minggu
 - b) Berat janin diatas 2500 gram
- 4) Persalinan Serotinus
 - a) Persalinan melebihi umur kehamilan 42 minggu
 - b) Pada janin lerdapat tanda serotinus
- 5) Persalinan Presipitatus
 - a) Persalinan yang berlangsung cepat kurang lebih 3 jam.

2. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Proses persalinan merupakan proses mekanisme yang melibatkan tiga faktor yaitu: jalan lahir, kekuatan yang mendorong dan akhirnya janin yang terikat dalam satu mekanisme dan terpadu. Dari ketiga komponen tersebut hanya kekuatan (his dan mengejan) yang dapat dimanipulasi dari luar tanpa membahayakan janin dalam proses persalinan.

Dengan demikian jalan lahir tulang sangat menentukan proses persalinan apakah dapat berlangsung melalui jalan biasa atau tindakan operasi dengan kekuatan luar. Yang perlu mendapat perhatian bidan adalah kemungkinan ketidakseimbangan antara kepala dan jalan lahir dalam bentuk disproporsi sefalo pelvic. Sebagai kriteria kemungkinan tersebut terutama pada primigravida dapat ditemukan bila ditemukan : Kepala janin belum turun pada minggu ke-36 yang disebabkan janin terlalu besar, kesempitan panggul, terdapat lilitan tali pusat dan terdapat hidrosefalus.

Kelainan letak : letak lintang, letak sungsang.

Pada multipara kemungkinan kesempitan panggul dapat dianggap sebagai pekerjaan yang buruk dan tindakan operasi.

Dengan mempertimbangkan keadaan tersebut dapat diperkirakan persalinan akan mengalami kesulitan sehingga perlu dikonsultasikan atau segera dilakukan agar mendapat penanganan yang adekuat.

Di bawah ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi prognosis persalinan :

a. Passage

Untuk mengetahui mekanisme persalinan, terlebih dahulu harus memahami panggul wanita yang memegang peranan penting dalam persalinan.

Bagian panggul wanita terdiri dari :

1. Bagian keras yang dibentuk oleh empat buah tulang, yaitu:
 - a. 2 pangkal paha (os coxae)
 - b. 1 tulang kelangkang (os sacrum)
 - c. 1 tulang tungging (os occygis)
2. Bagian lunak: diafragma pelvis, dibentuk oleh:
 - a. Pars muskularis levator ani, yang terdiri dari:
 - 1) Muskulus pubococcygeus dari os pubis ke septum annococcygeum
 - 2) Muskulus ileococcygeus dari arcus tendineus musculus levator ani ke os coccyx dan septum annococcygeum.
 - 3) Muskulus ischiococcygeus dari spina ischiadica ke pinggir os sacrum dan os coccygeus
 - b. Pars membranacea
 - 1) Hiatus urogenitalis Terletak diantara musculus pubococcygeus dan berbentuk segitiga
 - 2). Diafragma urogenitalis

Menutupi histus urogrnitalis. Dibagian bawah ditembus oleh uretra dan vagina.

b. Regio Perineum

Merupakan bagian permukaan pintu bawah panggul terbagi menjadi :

1) Bagian anal: (sebelah belakang)

Terdapat muskulus ani sfingter ani eksternum yang mengelilingi anus dan vagina bagian bawah.

2). Regio urogenitalis

Terdapat muskulus ischikavernosus dan muskulus transversus perinei superfisialis.

Fungsi umum panggul wanita :

1. Bagian keras :

a. Panggul besar (pelvis mayor) untuk menyangga isi perut

b. Panggul kecil

Untuk membentuk jalan lahir dan Tempat alat genetalia

2. Bagian lunak

a. Membentuk lapisan dalam jalan lahir.

b. Menyangga alat genitalia agar tetap dalam posisi normal saat masih hamil maupun saat nifas.

c. Saat persalinan berperan dalam proses kelahiran dan kala uri.

Pelvis minor

Pembahasan tentang panggul wanita dalam kebidanan adalah panggul kecil yang menentukan jalannya persalinan.

1. Os coxae

Terdiri dari 3 tulang yang berhubungan satu dengan yang lainnya pada asetabulum, yaitu mangkok tempat kepala os femoris yaitu:

a. Os ilium

b. Os iskium

c. Os pubis

2. Os scarum

Tulang ini berbentuk segitiga dengan lebar dibagian atas dan mengecil dibagian bawahnya.

3. Os coccygeus Berbentuk segitiga dengan 3 sampai 5 buah dan bersatu. Pada saat kerja tulang tungging dapat ditarik ke belakang, sehingga jalan lahir.

Ciri-ciri khas jalan lahir adalah sebagai berikut :

1. Terdiri dari empat bidang

a. Pintu Atas Panggul

b. Bidang Terluas Panggul

c. Bidang Tersempit Panggul

d. Pintu Bawah Panggul 2. Jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke depan dengan sifat:

- a. Jalan lahir depan, panjangnya 4,5 cm
- b. Jalan lahir belakang panjangnya 12,5 cm
- c. Pintu atas panggul menjadi pintu panggul seolah-olah berputar 90°, dengan bidang putar pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul terjadi di bidang sempit panggul.
- d. Pintu bawah panggul, bukan merupakan bidang, akan tetapi berupa dua segitiga dengan dasar pada: segitiga belakang pangkal (dasar) pada tuber ossis ischii dan ujung belakangnya os sacrum, sedangkan segitiga depan ujung (puncak) pada simpisis pubis.

Pintu Atas Panggul (PAP)

PAP merupakan bulatan oval dengan panjang ke samping dan dibatasi oleh :

- 1) Promontorium
- 2) Sayap os sacrum
- 3) Linia terminalis kanan dan kiri
- 4) Ramus superior ossis pubis kanan dan kiri
- 5) Pinggir atas simpisis Pada

PAP ditentukan 3 ukuran penting, yaitu :

- 1) Conjugata vera

Panjangnya sekitar 11 cm, tidak dapat diukur secara luas, tetapi diperhitungkan melalui pengukuran konjugata diagonalis. Panjang konjugata diagonalis antara promontorium dan tepi bawah simpisis. Conjugata vera (CV) = CD - 1,5 cm. Konjugata Obstetrika: ukuran antara promontorium dengan tonjolan simpisis pubis.

- 2) Conjugata diagonalis

Jarak antara kedua linea terminalis (12,5).

- 3) Conjugata Oblique

Jarak antara artikulasio sacroiliaca menuju tuberkulum pubikum yang bertentangan. Kedua ukuran ini tidak bisa diukur pada wanita yang masih hidup.

- b. Bidang Luas Panggul

Bidang terluas dalam panggul wanita membentang antara pertengahan simpisis menuju pertemuan os sacrum kedua dan ketiga. Ukuran muka belakang=12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm. Dalam bidang ini tidak menimbulkan kesukaran.

- c. Bidang Sempit

Panggul Bidang sempit panggul memiliki ukuran terkecil jalan lahir, membentang setinggi tepi bawah simpisis menuju kedua spina ischiadika dan tulang os sacrum 1 sampai 2 cm diatas ujungnya.

Ukuran muka belakang 11,5 cm dan ukuran melintangnya sebesar 10 cm. Bidang ini merupakan pintu putar dari pintu atas panggul menjadi

bawah panggul. Pada kesempitan pintu bawah panggul, bidang ini mengalami penyempitan.

d. Pintu Bawah Panggul

Pintu bawah panggul merupakan satu bidang tetapi terdiri dari dua segitiga dengan dasar yang sama.

1). Segitiga depan : dasar tuber osis ischiadika dengan di-batasi arcus pubis.

2). Segitiga belakang : dasar tuber osis ischiadika dengan dibatasi oleh ligamentum sacrotuberosum kanan dan kiri.

Ukuran-ukuran pintu bawah panggul adalah :

1) Ukuran muka belakang Tepi bawah simpisis menuju ujung tulang os sacrum 11,5 cm.

2) Ukuran Lintas Jarak antara kedua tuber osis ischiadika kanan dan kiri sebesar 10,5 cm.

3) Diameter sagitalis posterior Ujung tulang kelangkang ke pertengahan ukuran melintang (7,5 cm).

e. Sumbu Panggul atau sumbu jalan lahir

Dengan menghubungkan titik tengah pada jalan lahir akan terlihat garis melengkung ke depan mulai spina ischiadika. Jalan lahir merupakan silinder yang melengkung ke depan, dari pintu atas panggul sampai menjadi pintu bawah panggul dengan perbedaan panjang 4,5 cm dibagian depan dan 12,5 dibagian belakang.

Selain itu terdapat perubahan ukuran pintu atas panggul yang lebih panjang ke samping, dan menjadi pintu bawah panggul dengan ukuran muka di belakang lebih panjang. Situasi demikian seolah-olah terjadi perputaran sembilan puluh derajat dari pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul.

f. Sistem Bidang Hodge

Untuk menentukan seberapa jauh bagian terdepan terdepan dari janin ke dasar, Hodge menentukan bidang berikut :

HI: bidang yang sama dengan pintu atas panggul

HII : bidang sejajar dengan HI tepi bawah simpisis

HIII : bidang sejajar dengan HI spina ischiadika

HIV : Sejajar dengan bidang HI setinggi ujung os Sacrum

Dengan menentukan penurunan sesuai dengan bidang Hodge dapat meningkatkan kemungkinan persalinan atau persalinan dengan SC. Bila kepala atau bagian terendah masih tinggi, diatas bidang HIII, persalinan pervaginam sulit dilakukan tanpa trauma persalinan. Persalinan pervaginam yang aman, dengan trauma minimal, bila penurunan terendah telah melampaui batas HIII.

a. Ukuran Panggul

Ukuran panggul penting terutama pada kehamilan pertama, sehingga hal-hal yang perlu diperhatikan dapat dilakukan. Ukuran panggul tidak banyak artinya untuk ke-pentingan persalinan, dapat dilakukan melalui pemeriksaan :

2) Ukuran Pintu Atas Panggul

Dalam pemeriksaan dapat mengukur panjang conjugata diagonalis sehingga conjugata vera = $CD - 1,5 \text{ cm}$. Pada panggul normal promontorium tidak teraba. Bila ukuran CV di atas 10 cm maka dianggap panggul dalam batas normal.

3) Ukuran Panggul Tengah

Ditentukan dengan mengukur distansia interspinarum

4) Ukuran Pintu Bawah Panggul

5) Pemeriksaan Dalam

Pada waktu melakukan pemeriksaan dapat diperkirakan ukuran panggul bagian dalam dengan memperhatikan apa yang harus diperiksa :

- a). Apakah promontorium dapat diraba dan berapa jaraknya.
- b). Apakah linea terminalis dapat diraba seluruhnya atau sebagian.
- c). Bagaimana bentuk dinding samping jalan lahir:
 - (1) Lurus-sejajar
 - (2) Divergen
 - (3) Konvergen
 - (4) Terdapat benjolan tambahan
- d). Apakah spina menonjol dan berapa jaraknya
- e). Bagaimana keadaan tulang kelangkang
 - (1) Melengkung atau merata
 - (2) Terdapat benjolan
- f). Bagaimana sudut arcus pubis
 - (1) Tumpul
 - (2) Runcing atau tajam

Rongten abdomen dan pelvis

Pemeriksaan Rontgen lama sudah ditinggalkan karena membahayakan janin, sehingga pemeriksaan menjadi lebih penting untuk menentukan persalinan.

Ultrasonografi i. Kelainan pada jalan lahir lunak dapat terjadi gangguan pembukaan terutama :

1. Serviks

a. Serviks yang kaku

- (1) Terdapat pada primi tua primer atau sekunder.
- (2) Serviks yang mengalami banyak cacat perlukaan atau (sikatrik).

b. Serviks gantung

(1) Ostium uteri eksternal terbuka lebar, namun ostium uteri internum tidak terbuka.

(2) Ostium uteri internum terbuka, namun ostium uteri eksternum tidak terbuka.

a. Edema serviks

Terutama karena kesempitan panggul, terjepit serviks antara kepala dan jalan lahir sehingga terjadi gangguan sirkulasi darah dan cairan yang menyebabkan edema serviks.

b. Servis dupleks karena kelainan kongenital

2. Vagina Kelainan vagina yang dapat mengganggu perjalanan persalinan :

a. Septum vagina : septum vagina trans vaginal, septum vagina memanjang

b. Tumor pada vagina

3. Himen dan Perineum

Kelainan pada himen imperforata atau himen elastik, pada perineum terjadi kekakuan sehingga memerlukan episiotomi yang luas.

B. Power (His dan Daya Hejan Ibu)

Pada Faktor-faktor yang mempengaruhi kekuatan persalinan adalah :

1. Kontraksi uterus (his)

Beberapa waktu kontraksi uterus dijabarkan sebagai berikut

a. Amplitudo

(1)Kekuatannya diukur dengan mmHg.

(2) Cepat mencapai kekuatan dan diikuti relaksasi yang tidak lengkap, sehingga kekuatannya tidak mencapai nol mmHg.

(3) Setelah kontraksi otot rahim mengalami retraksi (tidak kembali seperti semula).

b. Frekuensi

Frekuensi yang dimaksud dalam penghitungan his adalah jumlah terjadinya his dalam 10.

c. Durasi

(1) Lamanya dihitung sejak dia sampai dengan berakhirnya his.

(2) Diukur dengan detik.

d. Interval

Yang dimaksud dengan interval dalam his is tenggang/jarak waktu antara kedua miliknya.

e. Kekuatan

Perkalian antara amplitudo dengan frekuensi yang ditetapkan dengan satuan Montevideo.

a. Karakteristik His Persalinan Sesungguhnya Dan His Persalinan Palsu

His Persalinan	His Palsu
----------------	-----------

Rasa nyeri dengan interval teratur	Rasa nyeri tidak teratur
Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lain
Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
Rasa nyeri dibagian belakang dan depan	Kebanyakan rasa nyeri pada abdomen bagian bawah
Berjalan akan menambah intensitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas rasa nyeri	Tidak ada hubungan antara tingkat dan kekuatan uterus dengan intensitas rasa nyeri
Menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks	Tidak ada perubahan pada serviks

Tabel 1.2 Karakteristik His Persalinan

1. Janin

Janin aterm memiliki tanda yang cukup bulan, 38 sampai 42 minggu dengan berat sekitar 2500 gram sampai dengan 4000 gram dan panjang badan sekitar 50 cm sampai 55 cm. Pertumbuhan organ yang sempurna, rambut tumbuh dengan baik, kulit licin dengan verniks kasiosa yang tipis atau sedikit, rambut lanugo tumbuh baik, testis sudah turun ke dalam skrotum, pusat penulangan berkembang, labium mayus untuk menutupi labium minus.

Di dalam uterus, posisi janin sebagai berikut :

- Kepala fleksi ke dada
- Tangan mendekap dada
- Kaki mengadakan fleksi dan mengarah ke perut bayi.

Postur janin dalam rahim

a. Sikap (Habitus)

Menunjukkan hubungan antara bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya dengan tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap fleksi dimana kepala, tulang punggung dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang di dada. Sikap janin bervariasi, tergantung pada penyajiannya.

b. Letak Janin

Adalah hubungan antara sumbu panjang janin dengan sumbu panjang ibu. Ada kemungkinan pada letak janin yaitu letak memanjang, letak membujur dan letak miring/oblique.

c. Presentasi

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dapat ditemukan dengan palpasi atau pemeriksaan dalam. Ada 3 kemungkinan pada presentasi janin yaitu presentasi kepala, bokong dan bahu. Bagian terbawah janin sama dengan presentasi hanya diperjelas istilahnya.

d. Posisi

Merupakan indikator untuk menetapkan arah jalannya persalinan. Tulang tengkorak janin tersusun antara lain dari bagian muka dan tulang dasar tengkorak, tulang-tulang tengkorak, sutura dan ubun-ubun.

Ukuran kepala yang sering digunakan untuk menilai janin antara lain diameter kepala dan circumference. Ukuran badan lain yang sering digunakan yaitu diameter dan lingkaran bahu, serta lebar dan lingkaran bokong.

2. Plasenta

Plasenta adalah alat yang sangat penting bagi janin karena merupakan alat pertukaran antara ibu dan janin dan sebaliknya. Hidup anak tergantung pada plasenta.

Tipe Plasenta :

1) Menurut Bentuknya :

- a. Plasenta normal
- b. Plasenta membranacea (tipis)
- c. Plasenta succenturiata (satu lobus terpisah)
- d. Plasenta bilobus (2 lobus)
- e. Plasenta trilobus (3 lobus)

2) Menurut perlekatan pd dinding rahim

- a. Plasenta adhesiva (melekat)
- b. Plasenta akreta (lebih melekat)
- c. Plasenta inkreta (sampai ke otot polos)
- d. Plasenta perkreta (sampai ke serosa)

Faak Plasenta :

- 1) Nutrisi, alat pemberi makanan pada janin
- 2) Respirasi, alat penyalur zat asam dan pebuangan CO₂
- 3) Produksi, alat menghasilkan hormon
- 4) Imunisasi, alat penyalur antibodi
- 5) Barrier, alat penyaring obat-obat dan kuman-kuman yang bisa/tidak bisa melewati uri.

Plasenta berbentuk bundar dengan ukuran 15 cm X 20 cm dengan tebal 2,5 cm sampai 3 cm. Berat plasenta sekitar 500 gram. Tali pusat yang menghubungkan plasenta panjangnya sekitar 25 sampai 60 cm. Tali pusat terpendek yang pernah dilaporkan adalah 2,5 cm dan terpanjang 200 cm. Letak plasenta juga akan mempengaruhi prognosis persalinan.

3. Air Ketuban (likuor Amnii)

Jumlah air ketuban antara 1000 sampai 1500 ml pada kehamilan aterm.

Fungsi air ketuban :

- a. Saat hamil

- Memberikan kesempatan berkembangnya janin dengan bebas ke segala arah
- Menyebarkan tekanan bila terjadi trauma langsung
- Sebagai penyangga panas dan dingin
- Menghindari trauma langsung terhadap janin

b. Saat bersalin

- Menyebarkan kekuatan his sehingga serviks dapat membuka
- Membersihkan jalan lahir karena kemampuan sebagai desinfektan
- Sebagai pelicin saat persalinan.

c. Faal air ketuban :

- Untuk proteksi janin
- Mencegah perlekatan janin dengan amnion
- Agar janin dapat bergerak dengan bebas
- Regulasi terhadap panas dan perubahan suhu
- Menambah sumplai cairan janin, dengan cara ditelan kemudian yang dikeluarkan melalui kencing janin

Air ketuban yg normal : 1000-1500 ml, warna agak keruh, dengan bau khas.

Bila air ketuban keruh : berarti karena tercampur mekonium.

3. Tahapan Persalinan

Tahapan Persalinan (Kala I, II, III dan IV)

1. Kala I

a. Yang dimaksud dengan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap.

b. Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus secara teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga pembukaan serviks lengkap.

c. Kala I dibagi menjadi dua fase yaitu :

1) Fase Laten

a. dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

b. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.

c. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

d. Kontraksi mulai teratur tetapi jadwal masih antara 20-30 detik.

2) Fase Aktif

a. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).

b. Dari pembukaan 4 cm sampai dengan 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara.

c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin

d. Fase Aktif: dibagi dalam 3 fase, yaitu:

a) Fase akselerasi. Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b) Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4cm menjadi 9 cm.

c) Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9cm menjadi lengkap.

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dengan multigravida. Pada Primigravida, Ostium Uteri Internum (OUI) akan membuka lebih dulu, sehingga servick akan mendatar dan menipis. Baru kemudian Ostium Internum Eksternum (OUE) membuka. Pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. Pada proses persalinan terjadi penipisan dan pendataran servis dalam saat yang sama.

2. Kala II (Kala Pengeluaran)

Pada kala II, nya terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedakan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktunya, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Lama kala II pada primigravida adalah dari 1,5 jam sampai dengan 2 jam, sedangkan pada multigravida adalah 0,5 jam sampai dengan 1 jam.

a. Kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi.

b. Gejala dan tanda kala II

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3, dengan durasi 50 sampai 100 detik
- 2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ibu merasakan ingin meneran bersama dengan terjadinya kontraksi
- 4) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vagina
- 5) Perineum menonjol
- 6) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah
- 7) Tanda pasti kala II: pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya terendah janin di introitus vagina

3. Kala III (Kala Uri)

a. Kala II dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

b. Pada kala III persalinan, miometrium berkontraksi mengikuti volume rongga rahim setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini mengurangi ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena perlekatan plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta akan terlipat, menebal dan akhirnya lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah rahim atau ke dalam vagina.

c. Tanda-tanda lepasnya plasenta adalah:

- 1) Rahim menjadi bundar.

- 2) Rahim terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3) Tali pusat bertambah panjang.
- 4) Terjadi perdarahan.

4. Kala IV (Kala Observasi)

- a. Adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi lahir, untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum.
- b. Kala IV dimulai sejak ibu dinyatakan aman dan nyaman sampai 2 jam.
- c. Kala IV untuk melakukan observasi karena perdarahan pasca persalinan sering terjadi pada 2 jam pertama.
- d. Observasi yang dilakukan adalah:
 - 1) Tingkat kesadaran penderita.
 - 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.
 - 3) Kontraksi uterus, Tinggi Fundus Uteri
 - 4) Terjadinya perdarahan : perdarahan normal bila tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

Lama Persalinan		
	Para 0	Multipara
Kala I	13 Jam	7 Jam
Kala II	1 Jam	½ Jam
Kala III	½ jam	¼ Jam
	14 ½ Jam	7 ¾ jam

Tabel 1.3 Lamanya Persalinan

4. Perubahan Psikis (Psikologi) pada persalinan

Banyaknya wanita normal yang bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan saat merasakan awal kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas "kewanitaan sejati" yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan. Khususnya rasa lega itu berlangsung bila kehamilannya mengalami perpanjangan waktu. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu "keadaan yang belum pasti" sekarang menjadi hal yang nyata.

Psikologis meliputi :

- 1). Melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual
- 2). Pengalaman bayi sebelumnya
- 3). Kebiasaan adat
- 4). Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

Sejumlah perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu persalinan. Sangat penting bagi bidan untuk memahami perubahan-perubahan agar dapat mengartikan tanda-tanda dan gejala persalinan normal dan abnormal.

5. Perubahan Fisiologi pada Persalinan

1. Perubahan Reproduksi Organ

a. Otot uterus

- Distribusi otot polos tidak merata di uterus.
- Paling banyak di Segmen Atas Rahim (SAR) (perbandingan otot polos:jaringan ikat= 90:10).
- Di Segmen Bawah Rahim (SBR) (20:80), sehingga kontraksi uterus paling kuat pada SAR.
- Memiliki 3 lapisan anatomis: paling luar (longitudinal & sirkuler), lapisan tengah berbentuk spiral dan banyak terdapat vaskularisasi, dalam berbentuk longitudinal.

b. Kontraksi Uterus

- Pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun hingga timbul kontraksi.
- Kontraksi Braxton Hicks mulai dirasakan pada akhir kehamilan.
- Mulai usia kehamilan 7 minggu, ireguler, tidak tersinkronisasi, fokal, frekuensi tinggi, intensitas jarang.
- Pada pertengahan kehamilan sampai dengan minggu sebelum aterm; semakin meningkat.

c. Keadaan SAR dan SBR

- SAR dibentuk oleh Corpus Uteri
- SBR terbentuk dari isthmus uteri
- Dalam persalinan SAR dan SBR semakin jelas
- SAR memegang peranan aktif
- SBR memegang peranan Pasif.

d. Perubahan Bentuk Rahim

Pada tiap kontraksi sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang berkurang. Pertumbuhan uterus pada kehamilan dan persalinan.

Berat uterus:

- Pada saat sebelum hamil berat uterus sekitar 50 gram pada nulípara, dan 60-70 gram pada multipara.
- Pada saat hamil berat uterus akan meningkat menjadi 20 kali lipat menjadi sekitar 1000 gram.
- Pada kehamilan uterus mengalami hiperplasia yang dikarenakan adanya pengaruh estrogen, kemudian mengalami hipertrofi sehingga terjadi perubahan bentuk bundar menjadi silindris.
- Otot rahim dipersyarafi oleh: serat adrenergik, kolinergik, peptidergik.
- Faal ligamentum rotundum dalam persalinan adalah: pada setiap kontraksi, fundus yang tadinya bertumpu pada tulang punggung berpindah ke depan dekat dinding perut depan.

Perubahan pada serviks

Terjadi pendataran dan pembukaan serviks yaitu:

- Pendataran adalah pemendekan dari saluran serviks, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa mm sampai 3 cm, menjadi satu lubang saja dengan tepi yang tipis.
- Pembukaan adalah pembesaran dari ostium externum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang yang dapat dilalui janin.
- Serviks mengandung konsentrasi kolagen yang sangat tinggi, dan kondisi serviks menutup rapat sebelum pengeluaran janin.
- Setelah persalinan, serviks kembali kaku karena antaraglikoprotein dengan kolagen.

Perubahan Vagina dan Dasar Panggul

- Dalam kala I ketuban ikut merenggangkan bagian atas vagina sejak kehamilan mengalami perubahan sehingga dapat dilalui oleh anak. Setelah ketuban pecah, segala perubahan akan terjadi, terutama pada dasar panggul yang ditimbulkan oleh bagian depan janin. Oleh bagian depan janin yang maju, dasar panggul diregang menjadi saluran dinding-dinding yang tipis.

2. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

a. Tekanan Darah

Pada setiap kontraksi 400 ml darah yang dikeluarkan dari uterus ke dalam sistem vaskuler maternal. Sehingga meningkatkan cardiac output/curah jantung (volume darah yang dipompa keluar oleh jantung) 10 -15% pada kala I.

- Kenaikan terjadi selama kontraksi (sistolik rata-rata naik 15 (10-20) mmHg Diastolik 5-10 mmHg antara kontraksi tekanan darah kembali normal
- Rasa sakit, takut dan cemas akan meningkatkan tekanan darah.

b. Detak jantung

- Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis selama kontraksi. Antara detak jantung sedikit meningkat sebelum persalinan.
- Denyut nadi pada kala I adalah $< 100 \times$ / menit.

3. Perubahan Metabolisme (pertukaran yang meliputi pembentukan dan pengorganisasian zat organik dalam tubuh)

Metabolisme aerobik dan anaerobik akan meningkat disebabkan oleh peristiwa dan aktivitas otot rangka. Peningkatan ini direfleksikan dengan peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, output kardiak, pernafasan dan kehilangan cairan yang mempengaruhi fungsi ginjal.

4. Perubahan Suhu Tubuh

- Berhubungan karena peningkatan metabolisme, pengeluaran energi ekstra (berasal dari metabolisme glikogen di dalam otot) terutama saat terjadi kontraksi. Suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan terutama selama dan setelah persalinan.
- Kenaikan suhu tidak boleh lebih dari $1-2^{\circ}\text{F}$ ($0,5\ 1^{\circ}\text{C}$).
- Suhu tubuh kala I berkisar $<38^{\circ}\text{C}$.

5. Perubahan Pernafasan

- Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, peningkatan kecil pada laju pernafasan dianggap normal. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal.
- Sulit untuk mendapatkan penemuan angka yang akurat mengenai pernafasan karena angka dan iramanya dipengaruhi oleh rasa tegang, rasa nyeri, serta penggunaan teknik-teknik pernapasan.

6. Perubahan Sistem Renal

- Poliuri sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh kardiak output, peningkatan angka filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. Protein urin dianggap biasa dalam persalinan.
- Kandung kemih harus sering di evaluasi setiap 2 jam untuk melihat apakah kandung kemih penuh dan harus dikosongkan karena akan memperlambat penurunan terendah. Selain itu trauma terhadap kandung kemih dari tekanan yang terus berlangsung akan menyebabkan hipotoni kandung kemih serta retensi urin selama masa segera setelah pascasalin.

7. Perubahan Gastrointestinal

- Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang selama persalinan.
- Pengeluaran getah perut kurang menyebabkan aktivitas hampir berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban.
- Rasa mual dan muntah-muntah biasa terjadi sampai berakhirnya saat persalinan.

8. Perubahan Hematologi Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan setelahsalin kecuali ada perdarahan post partum.

9. Perubahan Sistem Endokrin endokrin akan diaktifkan selama persalinan dimana terjadi penurunan kadar progesteron dan peningkatan kadar estrogen, prostaglandin dan oksitosin.

10. Perubahan Sistem Muskuloskeletal Akibat peningkatan aktivitas otot menyebabkan terjadinya nyeri pinggang dan sendi, yang merupakan akibat dari peningkatan kelemahan sendi saat kehamilan. Pada saat persalinan ibu bersalinan dapat merasakan kram kaki.

2.2.3 Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Tujuan Asuhan Persalinan

Fokus asuhan persalinan normal adalah persalinan bersih dan aman serta mencegah terjadinya komplikasi. Fokus utama asuhan persalinan normal telah mengalami pergeseran paradigma dari menunggu terjadinya komplikasi dan kemudian menangani komplikasi, menjadi komplikasi komplikasi dan selama pascapersalinan terbukti mengurangi penderitaan dan kematian ibu dan bayi.

Tujuan asuhan normal adalah :

- 1) Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya pertolongan pertolongan yang bersih dan aman, dengan memberikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.
- 2) Mengupayakan upaya hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal.

Berdasarkan tujuan perawatan diatas, maka disusunlah kebijakan-kebijakan dalam pelayanan perawatan:

- a) Semua perawatan harus dipantau oleh petugas kesehatan terlatih.
- b) Rumah bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas yang memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal harus tersedia 24 jam.
- c) Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih.

Berdasarkan kebijakan tersebut, maka rekomendasi kebijakan teknis asuhan persalinan dan kelahiran:

- a) Asuhan sayang ibu dan bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang memberi dukungan bagi ibu.
- b) Partograf harus digunakan untuk menyatukan persalinan dan bekerja sebagai suatu catatan/rekam medik untuk persalinan.
- c) Selama persalinan normal, intervensi hanya dilaksanakan jika benar-benar dibutuhkan. Prosedur ini hanya dibutuhkan jika ada infeksi atau penyulit.
- d) Manejemen aktif kala III, termasuk melakukan dan pemotongan tali pusat secara dini, memberikan oksitosin secara Intra Muskuler (IM), melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan segera melakukan masase fundus, harus dilakukan pada semua persalinan normal.
- e) Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu sudah dalam keadaan stabil. Fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Masase fundus harus dilakukan sesuai kebutuhan untuk memastikan uterus tetap baik, perdarahan minimal dan pencegahan perdarahan.
- f) Selama 24 jam pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan di masase sampai tonus baik. Ibu atau anggota keluarga dapat diajarkan melakukan hal ini.
- g) Segera setelah lahir, seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan dikeringkan serta dijaga kehangatannya untuk mencegah terjadinya hipotermi.
- h) Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga.

2. Asuhan Persalinan Kala I

a. Manajemen Kala I

1. Mengkaji riwayat kesehatan

Tujuan anamnesis adalah mengumpulkan tentang riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan. Informasi ini di gunakan dalam proses membuat keputusan klinik untuk diagnosa dan pengembangan rencana asuhan atau perawatan yang sesuai.

Tanyakan kepada ibu :

- Nama umur dan alamat
- Gravida dan para
- Keluhan yang dirasakan
- Riwayat alergi obat-obatan tertentu
- Riwayat penyakit yang sekarang

a. Apakah ibu pernah memeriksakan kehamilannya? Jika iya, lihat kartu ANC nya (kalau memungkinkan).

b. mendapatkan masalah selama kehamilan-nya (misal : perdarahan, hipertensi,dl).

c. Kapan mulai kontraksi?

d. Apakah teratur? sering terjadi kontraksi?

e. Apakah ibu masih merasakan gerakan bayi?

f. Apakah ketuban sudah pecah? Jika iya, suatu warna cairan ketuban? Apakah kental atau encer? Kapan saat ketuban pecah? (periksa perineum ibu untuk meliba air ketuban di pakaiannya).

g. Apakah keluar cairan bercampur darah dari vagina ibu? (apakah berupa bercak atau darah darah sega pervaginam? periksa perineum ibu untuk melihat darah segar atau bercampur darah di pakaiannya).

h. Kapan ibu terakhir kali makan dan minum? saya.

i. Kapan terakhir BAB dan BAK? ada keluhan?

- Riwayat kehamilan sebelumnya

a. Apakah ada masalah selama persalinan atau kelahiran sebelumnya (SC, dengan VE, Forcep, induksi oksitosin, hipertensi yang diinduksi oleh kehamilan, preeklamsia, eklamsia, perdarahan pascasalin).

b. Berapa berat badan paling besar yang pernah ibu lahirkan.

c. Berapa lama waktu persalinan dengan hamil ini.

d. Apakah ibu memiliki bayi yang bermasalah pada kehamilan/persalinan sebelumnya?

- Riwayat medis lainnya

2. Pemeriksaan fisik

Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin. Informasi dari hasil pemeriksaan fisik dan anamnesa diramu/ diolah untuk membuat keputusan klinik, diagnosis dan pengembangan rencana asuhan yang paling sesuai dengan kondisi ibu.

Jelaskan kepada ibu dan keluarganya tentang apa yang akan dilakukan selama pemeriksaan dan apa pertandingannya. Anjurkan mereka untuk bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan sehingga mereka memahami kepentingan pemeriksaan.

Langkah-langkah dalam melakukan pemeriksaan fisik:

- Cuci tangan sebelum melakukan pemeriksaan fisik
 - Tunjukkan sikap ramah dan sopan, tentramkan hati dan bantu ibu agar merasa nyaman. Minta ibu menarik nafas. dalam dan perlahan merasa gelisah
 - Minta ibu mengosongkan kandung kemihnya (jika perlu memeriksa jumlah urin dan adanya protein urin dan aseton dalam urin)
 - Nilai kesehatan dan keadaan umum ibu, suasana hati, kecemasan atau nyeri kontraksi, warna konjungtiva, kebersihan, status gizi dan cairan tubuh
 - Nilai tanda-tanda vital ibu (tekanan darah, suhu, nadi dan pernafasan). Untuk menilai tekanan darah dan nadi ibu, lakukan pemeriksaan diantara dua kontraksi.
 - Lakukan pemeriksaan perut
 - Lakukan pemeriksaan dalam
- a. Pemeriksaan Abdomen

Pemeriksaan abdomen digunakan untuk :

1) Menentukan Tinggi Fundus Uteri

Pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak berkontraksi. Ukur TFU dengan menggunakan pita pengukur. Mulai dari tepi atas simpisis pubis kemudian rentangkan pita pengukur hingga puncak fundus mengikuti aksis atau linea medialis dinding perut. Lebar pita harus ditempel di dinding perut ibu. Jarak antara tepi atas simpisis pubis dan puncak fundus uteri adalah tinggi fundus.

2) Memantau kontraksi uterus

Gunakan jarum detik yang ada pada jam untuk mengurangi kontraksi uterus. Secara hati-hati, letakkan tangan penolong uterus dan palpasi jumlah kontraksi yang terjadi dalam kurun waktu 10 menit. Tentukan durasi atau lama setiap kontraksi yang terjadi. Pada fase aktif, minimal terjadi dua kontraksi dalam 10 menit dan lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Di antara dua kontraksi akan terjadi relaksasi dinding rahim.

3) Memantau Denyut Jantung Janin

Gunakan fetoskop atau doppler untuk mendengar DJJ selama satu menit penuh, gunakan jarum detik pada jam. Tentukan titik tertentu pada dinding perut ibu dimana suara DJJ terdengar paling jelas. Jika DJJ sulit ditentukan, lakukan palpasi untuk menentukan punggung janin. Biasanya rambatan suara DJJ mudah didengar melalui dinding abdomen pada sisi yang sama dengan punggung bayi.

Gangguan kondisi janin tergambar jika DJJ <120 kali/ menit, atau >160 kali/menit. Kegawatan ditunjukkan bila DJJ <100 kali/menit atau >180 kali/menit. Bila demikian, baringkan ibu ke miring kiri, dan anjurkan ibu

untuk relaksasi. Nilai Kembali DJJ setelah 5 menit dari pemeriksaan sebelumnya, kemudian nilai perubahan yang terjadi. Jika tidak mengalami perbaikan, segera persiapkan untuk merujuk.

4) Menentukan Presentasi

Untuk menentukan presentasi bayi :

- Berdiri disamping menghadap ke arah kepala ibu
- Dengan ibu jari dan jari tengah dari satu tangan (hati-hati dan mantap), pegang bagian terbawah janin yang mengisi bagian bawah perut. Bagian yang berada di antara ibu jari dan jari tengah penolong adalah petunjuk presentasi janin.
- Jika bagian terbawah belum panggul, maka bagian tersebut masih dapat digerakkan. Jika telah memasuki rongga panggul, maka bagian terbawah janin tidak bisa atau sulit digerakkan.
- Untuk menentukan apakah presentasinya ke pala atau bokong maka pertimbangkan dan perhatikan bentuk, ukuran dan kepadatan bagian tersebut. Bagian berbentuk bulat, teraba keras, berbatas tegas dan mudah digerakkan (bila belum masuk panggul) adalah kepala. Jika bentuknya kurang tegas, kenyal, relatif lebih besar dipegang secara manual adalah bokong.

5) Menentukan penurunan bagian terendah janin

Pemeriksaan penurunan bagian terbawah janin dalam rongga panggul melalui pengukuran pada dinding perut akan memberikan tingkat kenyamanan yang lebih baik bagi ibu jika dibandingkan dengan melakukan VT. Penilaian penurunan kepala dihitung dengan menghitung bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi simpisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa. Bagian atas simpisis adalah proporsi yang belum masuk pintu atas panggul dan sisanya adalah sejauh mana bagian terbawah janin telah masuk ke dalam rongga panggul.

Penurunan bagian terbawah janin dengan metode lima jari (perlimaan) adalah :

- 5/5 jika bagian terbawah janin seluruh teraba di atas simpisis.
- 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
- 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah masuk pintu atas panggul.
- 2/5 jika sebagian (3/5) bagian terbawah janin telah masuk panggul, dan sudah tidak bisa digerakkan.
- 1/5 jika hanya 1 dari 5 bagian yang masih dapat teraba di atas simpisis dan 4/5 bagian sudah masuk panggul.
- 0/5 jika bagian terbawah janin tidak bisa diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul.

b. Pemeriksaan Dalam

Sebelum melakukan pemeriksaan dalam, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan dengan handuk kering dan bersih. Minta ibu untuk berkemih dan cuci genetaliannya dengan sabun dan air. Tentramkan hati dan anjurkan ibu untuk rileks. Pastikan privasi ibu terjaga selama pemeriksaan dilakukan.

Langkah-langkah dalam melakukan pemeriksaan dalam :

- Tutupi badan ibu sebanyak mungkin dengan sarung dan selimut.
- Minta ibu masalah terlentang dengan lutut ditekuk dan paha dibentangkan (mungkin akan membantu ibu jika ibu menempelkan kedua telapak kaki di tempat tidur).
- Gunakan sarung tangan DTT atau steril.
- Gunakan kassa atau gulungan kapas DTT yang dicelupkan ke air DTT/larutan antiseptik, Vulva Higiene.
- Periksa genitalia ekterna, perhatikan apakah ada luka atau massa termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.
- Nilai cairan vagina, dan tentukan apakah ada bercak darah, perdarahan atau mekonium.
- Dengan hati-hati pisahkan labia mayora dengan jari manis dan ibu jari. Masukkan jari tengah secara hati-hati yang diikuti oleh jari telunjuk. Jangan mengeluarkan jari sebelum pemeriksaan selesai. Jika air ketuban belum pecah, jangan lakukan amniotomi.
- Nilai vagina. Luka parut di vagina bekasnya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- Nilai pembukaan dan penipisan serviks.
- Pastikan tali pusat dan atau bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan pemeriksaan dalam.
- Nilai turun bagian terendah janin dan tentukan apakah bagian terendah tersebut telah masuk panggul. Bandingkan tingkat penununan kepala dengan hasil pemeriksaan perut untuk meningkatkan kemajuan pekerjaan.
- Tentukan penunjuknya, jika kepala (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, fontanela) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan dan apakah ukuran kepala sesuai dengan ukuran jalan lahir.
- Keluarkan jari jika pemeriksaan sudah selesai secara hati-hati, celupkan sarung tangan ke dalam larutan untuk mengatasi infeksi, kedua sarung tangan secara terbalik dan rendam selama 10 menit.
- Cuci tangan kedua dengan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan handuk kering dan bersih.
- Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman.
- jelaskan hasil kepada ibu dan keluarganya.

3. Menilai data, membuat diagnosa

- Gunakan informasi untuk menentukan apakah ibu sudah melahirkan, tahapan dan fase persalinan. Jika pembukaan serviks kurang dari 4 cm, berarti ibu berada dalam kala I fase laten dan perlu dilakukan penilaian 4 jam kemudian. Jika pembukaan 4 cm, maka sudah berada dalam kala I fase aktif, dan lakukan pemantauan dengan menggunakan partograf.
- Tentukan ada-tidaknya masalah atau penyulit yang harus ditatalaksanakan secara khusus.

4. Membuat rencana asuhan

Setiap kali melakukan berdasarkan informasi, lakukan pengkajian dan buat diagnosis yang terkumpul tersebut. Susun rencana penatalaksanaan dan asuhan ibu bersalin. Penatalaksanaan harus didasarkan pada hasil temuan dan diagnosis.

a. Penggunaan Partograf

Selama persalinan, rencana penatalaksanaan bidan termasuk kemajuan persalinan dengan partograf memonitor keadaan ibu dan bayi, menjaga posisi dan tindakan yang menyenangkan ibu dan keluarga untuk terlibat dalam mendukung proses persalinan ibu. Selama berlangsung normal sesuai dengan partograf, bidan akan memanfaatkannya sepanjang kala I. Untuk menentukan bahwa rencana persalinan berjalan normal, bidan harus memahami apa yang normal dan temuan yang abnormal, Jika terdapat beberapa temuan yang abnormal, maka bidan harus segera membuat rujukan.

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi, anamnesa dan pemeriksaan fisik ibu dalam persalinan dan sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I persalinan.

Kegunaan utama dari partograf adalah:

- a) Mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi saat pemeriksaan dalam
- b) Menentukan apakah persalinan berjalan normal dan laki-laki. deteksi dini persalinan sehingga bidan dapat mendeteksi dini kemungkinan persalinan lama.
- c) Jika digunakan tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong persalinan untuk :
 - Mencatat kemajuan persalinan.
 - Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
 - Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- d. Menggunakan informasi yang tercatat secara dini Mengidentifikasi adanya penyulit.
- e) Menggunakan informasi yang ada untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

Partograf harus digunakan :

- a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik tanpa ataupun adanya penyulit. Partograf akan membantu dalam waktu lama persalinan dalam menyatukan, menemukan dan membuat keputusan klinik baik persalinan maupun yang disertai dengan penyulit.
- b) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).
- c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Spesialis Obgin, Bidan, dokter umum, residen dan mahasiswa kedokteran).

Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu. Selain itu, juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat me-ngancam keselamatan jiwa mereka.

Pencatatan selama fase laten persalinan

Kala satu dalam persalinan dibagi menjadi fase laten dan fase aktif yang dibatasi oleh pembukaan serviks :

- a) Fase laten: pembukaan serviks kurang dari 4 cm.
- b) Fase aktif: pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm

Selama fase laten persalinan, semua perawatan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat direkam secara terpisah dalam catatan kemajuan atau pada Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu Hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi harus dicatat.

Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat secara cermat, yaitu:

- a) Denyut Jantung Janin: setiap ½ jam.
- b) Frekuensi dan kontraksi uterus: setiap ½ jam.
- c) Nadi: setiap ½ jam.
- d) Pembukaan serviks: setiap 4 jam.
- e) Penurunan: setiap 4 jam
- f) Tekanan darah dan suhu tubuh: setiap 4 jam.
- g) Produksi urin, aseton dan protein: setiap 2 sampai 4 jam.

Jika ditemui tanda-tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi, harus lebih sering dilakukan. Lakukan tindakan yang sesuai apabila dalam diagnosis ditetapkan adanya penyulit dalam persalinan. Jika frekuensi berkurang dalam satu atau dua jam pertama, nilai ulang kesehatan dan kondisi aktual ibu dan bayinya. Bila tidak ada tanda-tanda kegawatan atau penyulit, ibu dipulangkan dan dipesankan untuk kembali jika kontraksinya menjadi teratur dan lebih sering. Jika asuhan dilakukan di rumah, dalam waktu lama tidak boleh ditinggalkan ibu hanya setelah dipastikan bahwa ibu dan bayinya dalam kondisi baik. Pesan pada ibu dan keluarganya untuk memberitahu penolong persalinan jika terjadi peningkatan kontraksi kontraksi.

Pencatatan selama fase aktif persalinan (partograf)

1) Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai: 'jam' pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Catat waktu terjadinya pecah ketuban.

2) Keselamatan dan kenyamanan janin

a) Denyut jantung janin

Dengan menggunakan metode seperti yang diuraikan pada bagian pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan catat detak jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis

yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran DJJ normal terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100. Tetapi, penolong sudah harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika terlihat luar biasa. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

- U : Ketuban utuh (belum pecah)
- J : Ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
- M : Ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
- D : Ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.
- K : Ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering).

Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin. Jika terdapat mekonium, pantau DJJ secara seksama untuk mengenali tanda-tanda bahaya janin selama proses persalinan. Jika ada tanda-tanda gawat janin (denyut jantung janin <100 atau >180 kali per menit), ibu segera mengakses fasilitas kesehatan yang sesuai. Tetapi jika terdapat mekonium kental, segera rujuk ibu ke tempat yang memiliki asuhan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru

c) Molase (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat mengembangkan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih, menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (CPD). Ketidakmampuan akomodasi akan benar-benar terjadi jika tulang kepala yang saling menyusup tidak dapat dipisahkan. Apabila ada dugaan disproporsi tulang panggul, penting sekali untuk tetap memantau kondisi janin dan kemajuan persalinan. Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan tanda-tanda disproporsi tulang panggul ke fasilitas kesehatan yang memadai.

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan kepala janin. Catat temuan di kotak yang sesuai dibawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

- 0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dipalpasi.
- 1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
- 2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan
- 3 : tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

3) Kemajuan persalinan

a) Pembukaan serviks

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan dibagian pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan pembukaan pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase

aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda 'X' harus ditulis pada garis waktu yang sesuai dengan tingkat besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan temuan dari pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungkan tanda 'X' dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian pemeriksaan fisik di bab ini. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin.

Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Tapi kadangkala, turunnya bagian terbawah/ presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 7 cm.

Kata-kata "Turunnya kepala" dan garis tidak terputus dan 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda 'O' pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika kepala bisa dipalpasi 4/5, tuliskan tanda 'O' di nomor 4. hubungkan tanda 'O' dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan diharapkan terjadi jika kecepatan pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit (misalnya fase aktif yang memanjang, macet, dll). Pertimbangkan pula adanya tindakan intervensi yang diperlukan, misalnya referensi ke fasilitas kesehatan rujukan (atau sakit puskesmas) yang mampu menangani penyulit dan kegawatdaruratan obstetri. Garis bertindak sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotak atau 4 jalur ke sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan harus dilakukan. Ibu harus tiba di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

4) Jam dan waktu

a) Waktu mulainya fase aktif

Dibagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

b) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan

Di bawah lajur kotak untuk mulai waktu aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi dibawahnya. Saat ibu masuk dalam

fase aktif persalinan, catat pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catat waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai.

5) Kontraksi uterus

Dibawah lajur waktu partograf terdapat lima jalur kotak dengan tulisan "kontraksi per 10 menit" disebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan jumlah kontraksi dalam 10 menit dan kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan mengisi angka pada kotak satu kali 10 menit, isi 3 kotak. Nyatakan lamanya Kontraksi dengan:

INGAT :

- Periksa frekuensi dan kontraksi uterus setiap jam selama fase laten dan setiap 30 menit selama fase aktif.
- Nilai frekuensi dan kontraksi selama 10 menit.
- Catat kontraksi menggunakan lambang yang telah ditentukan.
- Catat temuan-temuan di kotak yang sesuai dengan waktu penilaian.

6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

a) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.

b) Obat-obatan lain dan cairan IV Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.


7) Kesehatan dan kenyamanan ibu

(a) Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh

Angka disebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

- Nilai dan catat ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. (Lebih sering jika dicurigai adanya penyulit). Beri tanda titik pada kolom waktu yang sesuai (•).

- Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dianggap akan adanya penyulit). Beri tanda panah pada

partograf pada kolom waktu yang sesuai: 

- Nilai dan catat suhu tubuh ibu (lebih sering jika meningkat, atau dianggap adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat suhu tubuh dalam kotak yang sesuai.

(b) Volume urin, protein atau aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika mendukung setiap ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urin.

8). Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik di sisi luar partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan.

Asuhan, pengamatan dan/atau keputusan klinik mencakup:

- Jumlah cairan per oral yang diberikan.
- Keluhan sakit kepala atau penglihatan kabur.
- Konsultasi dengan penolong persalinan lainnya (obgini.bidan, dokter umum).
- Persiapan sebelum melakukan rujukan.
- Upaya rujukan.

Pencatatan pada lembar belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai Catatan Persalinan. Nilai dan catatn asuhan yang diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk mendukung penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai. Dokumentasi ini sangat penting untuk membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya pendarahan pascapersalinan). Selain itu, penjagaan (yang sudah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat digunakan untuk memantau/memantau sejauh mana telan yang dilakukan pelaksanaan asuhan yang bersih dan aman.

Catatan persalinan adalah terdiri dari unsur-unsur berikut:

- a. Data dasar
- b. Kala I
- c. Kala II
- d. Kala III
- e. Bayi baru lahir
- f. Kala IV

Cara pengisian :

Berbeda dengan halaman depan yang harus diisi pada akhir setiap pemeriksaan, lembar partograf ini diisi setelah seluruh proses persalinan selesai. Adapun cara pengisian catatan kerja pada lembar belakang partograf secara lebih terinci disampaikan menurut unsur-unsurnya sebagai berikut :

- a. Data Dasar

Data terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat penyimpanan, catatan, alasan rujukan, referensi dan pendamping pada saat Merujuk. Isi data pada masing-masing tempat yang telah disediakan, atau dengan cara memberi tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan nomor 5, lingkari jawaban yang sesuai dan untuk pertanyaan nomor 8 jawaban bisa lebih dari satu.

- b. Kala I

Kala I terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah yang dihadapi, penatalaksanaannya, dan hasil penatalaksanaan tersebut. Untuk pertanyaan nomor 9, lingkari jawaban yang

sesuai. Pertanyaan lainnya hanya diisi jika terdapat masalah lainnya dalam persalinan.

c. Kala II

Kala II terdiri dari episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya. Beri tanda "✓" pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan nomor 13, jika jawabannya "Ya", tulis indikasinya sedangkan untuk nomor 15 dan 16 jika jawabannya "Ya", isi tindakan yang dilakukan.

Untuk pertanyaan nomor 14, jawaban bisa lebih dari 1 sedangkan untuk 'masalah lain' hanya diisi apabila terdapat masalah lain pada Kala II.

d. Kala II

Kala II terdiri dari lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, masase fundus, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir >30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan dan beri tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk nomor 25, 26 dan 28 lingkari jawaban yang benar.

e. Bayi baru lahir

Informasi bayi baru lahir terdiri dari berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, mempersembahkan ASI, masalah penyerta, penatalaksanaan terpilih dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan serta beri tanda pada kotak di samping jawaban yang pertanyaan nomor 36 dan 37, lingkari jawaban yang sesuai sedangkan untuk nomor 38, jawaban bisa lebih dari satu.

f. Kala IV

Kala IV berisi data tentang tekanan darah, nadi, suhu fundus tnggi, kontraksi rahim, kandung kemih dan perdarahan. Pemantauan pada kala IV ini sangat penting terutama untuk menilai apakah ada risiko atau terjadi perdarahan pascapersalinan. Pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan, dan setiap 30 menit pada satu jam berikutnya. Isi setiap kolom sesuai dengan hasil pemeriksaan dan jawab pertanyaan mengenai masalah kala IV pada tempat yang telah disediakan. Bagian yang digelapkan tidak usah diisi.

b. Pendokumentasian Kala I

SUBYEKTIF/SUBJECTIVE

a. Biodata

Nama Ibu :	Nama Suami :
Umur :	Umur :
Kebangsaan :	Kebangsaan :
Agama :	Agama :
Pendidikan :	Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

Mencatat penatalaksanaan kala I, termasuk pemantauan kala I (mencatat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kala)

3. Asuhan Persalinan Kala II

- a. Asuhan Sayang Ibu pada kala II diantaranya
 - 1) Anjuran agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan persalinan dari suami, orang tua dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan.
 - 2) Anjurkan keluarga ikut terlibat dalam asuhan, diantaranya membantu ibu berganti posisi, melakukan rangsangan taktil, memberikan makana dan minuman, teman bicara dan memberikan dukungan dan semangat selama persalinan.
 - 3) Penolong persalinan dapat memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan anggota keluarganya dengan menjelaskan tahapan kemajuan persalinan.
 - 4) Tentramkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani kala II persalinan. Lakukan bimbingan dan tawarkan bantuan bila diperlukan.
 - 5) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman saat meneran.
 - 6) Setelah pembukaan lengkap, anjurkan ibu untuk meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran. Jangan anjurkan ibu untuk meneran panjang dan menahan nafas. Anjurkan ibu beristirahat diantara kontraksi.
 - 7) Anjurkan ibu untuk tetap minum selama kala dua persalinan.
 - 8) Adakalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama proses persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Beri penjelasan tentang cara dan tujuan dari setiap pertanyaan yang diajukan ibu, jelaskan apa yang dialami oleh ibu dan bayinya dan hasil pemeriksaan yang dilakukan (misalnya tekanan darah, denyut jantung bayi, pemeriksaan dalam).

b. Posisi dalam persalinan

Antara lain:

- a. Posisi duduk atau setengah duduk Posisi atau setengah duduk sering nyaman bagi ibu dan bisa beristirahat dengan mudah diantara duduk jika merasa lelah. Keuntungan dari posisi kedua adalah memudahkan melahirkan bayi. Bagi bidan lebih mudah untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mendukung perineum.

b. Posisi Merangkak

Merangkak merupakan posisi yang baik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung saat persalinan. Selain itu dapat membantu bayi melakukan rotasi dan peregangan minimal pada perineum. elahiran kepala bayi dan mendukung perineum.

c. Posisi jongkok atau berdiri jongkok atau berdiri dapat berdiri saat persalinan dan mengurangi rasa nyeri yang hebat. Selain itu juga dapat membantu penurunan kepala bayi.

Ada tanda dan gejala kala II persalinan, yaitu :

1. Ibu merasakan beberapa waktu bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
2. Ibu merasakan tekanan pada rektum atau vagina.
3. Perineum terlihat menonjol.
4. Vulva-vagina dan spingter ani terlihat terbuka.
5. Peningkatan pengeluaran dan darah.

Diagnosis kala II persalinan dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan :

- 1) Pembukaan serviks telah lengkap.
- 2) Terlihatnya bagian kepala bayi pada introitus vagina.

Mendiagnosis kala II dan mulai meneran :

- 1) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir.
- 2) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada tangan yang akan melakukan pemeriksaan dalam.
- 3) Jelaskan pada ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan dalam.
- 4) melakukan pemeriksaan dalam hati-hati untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
- 5) Jika pembukaan belum lengkap, tentramkan ibu dan bantu ibu mendapatkan posisi yang lebih nyaman atau izinkan ibu untuk berjalan-jalan. Anjurkan ibu untuk tetap bernafas selama kontraksi berlangsung.
- 6) Jika ibu merasa ingin meneran tapi pembukaan serviks belum lengkap, berikan semangat dan anjurkan ibu untuk bernafas cepat, atau bernafas biasa dalam kontraksi. Anjurkan ibu mengambil posisi yang paling nyaman baginya dan anjurkan untuk menahan keinginan meneran sampai pembukaan sudah lengkap.
- 7) Jika pembukaan sudah lengkap dan ibu merasa ingin meneran bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman untuk meneran, memberi ibu minum dan pantau DJJ setiap 5 menit. Pastikan ibu bisa istirahat diantara kontraksi.
- 8) Jika pembukaan sudah lengkap, tapi ibu tidak ada dorongan untuk mengambil alih posisi yang nyaman/biarkan ibu berjalan-jalan, teruskan dengan kondisi ibu dan bayi sesuai pedoman fase aktif persalinan, pantau DJJ setiap 15 menit. Lakukan stimulasi puting susu, jika ibu merasa ingin meneran anjurkan ibu untuk melakukannya.
- 9) Jika ibu tidak ingin meneran setelah pembukaan selama 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada saat puncak setiap kontraksi, anjurkan ibu untuk mengubah posisi secara teratur, mengatur DJJ setiap 5 menit.

10) Jika bayi tidak lahir setelah 60 menit berikutnya atau jika kelahiran bayi tidak segera terjadi, segera rujuk ke fasilitas rujukan. Jika kepala tidak turun meskipun ibu sudah meneran selama 60 menit, kemungkinannya adalah CPD, segera lakukan rujukan.

Pemantauan ibu pada kala II

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit.
- 2) Suhu, Nadi, dan respirasi ibu setiap 60 menit.
- 3) Tekanan darah setiap 15 menit.
- 4) Pastikan ibu sudah berkemih dalam 2 jam terakhir, anjurkan agar ia berkemih setiap 2 jam, atau lebih sering jika kandung kemih terasa penuh.
- 5) Adanya kehamilan yang tidak diketahui sebelumnya (setelah bayi pertama lahir).

Pemantauan janin sebelum bayi lahir :

- 1) DJJ setiap selesai meneran.
- 2) Penurunan kepala bayi melalui pemeriksaan abdomen setiap 30 menit dan pemeriksaan dalam setiap 60 menit atau jika ada indikasi.
- 3) Kondisi kepala janin (adakah caput atau moulage).
- 4) Warna cairan ketuban jika benihnya sudah pecah (jernih atau bercampur mekonium atau darah).
- 5) Apakah ada presentasi majemuk (misalnya tangan atau tali pu-sat berada disamping atau di tas kepala).
- 6) Putaran paksi luar segera setelah kepala bayi lahir.

Pemantauan saat bayi lahir :

- 1) Apakah bayi menangis atau tidak (bernafas tanpa kesulitan).
- 2) Apakah bayi bergerak dengan aktif atau dalam keadaan lemas
- 3) Apakah warna kulit bayi merah muda, pucat atau biru.

b. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II.

- Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
- Perineum menonjol.
- Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.

2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.

5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi.

- Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang.

- Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.

- Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah 9).

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).

- Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

- Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.

- Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

- Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

- Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.

- Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

13. Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :

- Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

- Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

- Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).

- Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - Menilai DJJ setiap lima menit.
 - Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.
 - Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
 - Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman.
 - Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
 - Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
 15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
 16. Membuka partus set.
 17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
 18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan.
 - Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
 - Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.
 19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
 20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi :
 - Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
 21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
 22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian

dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

25. Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).

26. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.

27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

29. Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.

30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

32. Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

34. Memindahkan klem pada tali pusat

35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut.

- Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak

lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

- Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.

- Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

- a) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.

- b) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.

- c) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

- d) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya

- e) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan.

- Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil.

- Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama.

- Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.

43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.

44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :
 - 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
50. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 - Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.
 - Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

4. Asuhan Persalinan Kala III

a. Langkah Utama Manajemen Aktif Kala III :

1. Pemberian Suntikan Oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir. Sebuah. spa bayi di dada ibu Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

b. Letakkan kain bersih diatas perut ibu.

c. Periksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi yang lain (kembar tidak terdiagnosis).

d. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik.

e. Segera (dalam 1 menit setelah bayi lahir) suntikkan oxytosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha luar.

2. melakukan Peregangan Tali Pusat Terkendali (PTT)

a. Berdiri disamping ibu. b. Pindahkan klem tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.

c. Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu tepat diatas simpisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba rahim & menekan rahim pada saat PTT.

d. Setelah terjadi kontraksi yang tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan lain dorso kranial.

e. Bila uterus belum lepas tunggu hingga uterus berkontraksi kembali untuk berulang kembali PTT.

f. Saat mulai kontraksi, lakukan ketegangan tali pusat ke arah bawah, tekanan dorso kranial hingga tali pusat semakin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.

g. Jika setelah 30-40 detik tidak ada tanda-tanda lepasnya plasenta, PTT jangan teruskan.

h. Setelah plasenta terlepas dari ibu meneran sedikit agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina.

i. Pada saat plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat dan menopang plasenta dengan tangan lainnya.

j. Lakukan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

k. Jika selaput robek dan tertinggal di jalan lahir, periksa vagina & serviks dengan hati-hati.

3. Masase (pemijatan fundus uteri)

a. Letakkan telapak tangan pada fundus uteri

b. Jelaskan tindakan kepada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa tidak nyaman dengan tindakan tersebut

c. Dengan lembut dan mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada Fundus Uteri agar berkontraksi

- d. Jika dalam 15 detik rahim tidak berkontraksi lakukan penatalaksanaan atonia uteri
- e. Periksa plasenta dan selaput yang terdiri dari dua bagian yaitu periksa sisi maternal dan periksa sisi fetal. Lalu lakukan evaluasi dan juga pasang bagian-bagian yang robek/terpisah.
- f. Periksa kembali rahim setelah 1-2 menit untuk memastikan rahim berkontraksi
- g. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus
- h. Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit (1 jam pertama) 30 menit (1 jam kedua).

b. Pendokumentasian Kala III

SUBJEKTIF

Keluhan dan perasaan ibu

OBJEKTIF

1. Keadaan umum ibu,
2. Tinggi fundus uteri,
3. Kontraksi,
4. Kandung kemih,
5. Terlihat tali pusat di vulva.

ANALISIS

Ibu P...A... inpartu kala III keadaan ibu baik/komplikasi (masalah, diagnosa potensi dan antisipasinya, serta catat apabila membutuhkan kebutuhan segera)

PLANNING/PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan manajemen aktif kala III (mencatat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kala I)

Jenis evaluasi kala III :

1. Kelengkapan plasenta & benih plasenta,
2. Tinggi fundus uteri,
3. Kontraksi,
4. Jumlah perdarahan,
5. Kandung kemih,
6. Keadaan umum ibu: TD, suhu, nadi,
7. Robekan jalan lahir: ada tidak? , kalau ada, derajat berapa?.

5. Asuhan Persalinan Kala IV

Sebagian besar kejadian dan kematian ibu disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan selama empat jam setelah persalinan. Karena alasan ini penting untuk membantu mengatasi segera. Jika tanda-tanda vital dan kontraksi uterus masih dalam batas normal selama dua jam pertama pascapersalinan, mungkin ibu tidak akan mengalami perdarahan

pascapersalinan. Penting untuk berada di samping ibu dan bayinya selama dua jam pascapersalinan.

Selama dua jam pertama pascapersalinan :

- 1) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat. Jika ada temuan yang normal, tingkatkan frekuensi observasi dan tidak kondisi ibu.
 - 2) Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi balk setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua kala empat.
 - 3) Pantau suhu tubuh setiap jam dalam dua jam pertatia pascapersalinan.
 - 4) Nilai perdarahan. Periksa perineum dari vagina setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - 5) Ajarkan kepada ibu bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masse jika uterus lembek.
 - 6) Minta anggota keluarga memeluk bayinya. Bersihkan ibu dan bantu ibu menggunakan kain yang bersih dan kering, atur posisi yang nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring.
 - 7) Jangan gunakan kain pembekat perut selama dua jam pascapersalinan atau hingga kondisi ibu sudah stabil. Kain pembekat akan menyulitkan penolong persalinan untuk menilai kontraksi uterus secara memadai. Jika kandung kemih penuh, bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan anjurkan untuk mengosongkan setiap kali diperlukan. Ingatkan ibu bahwa keinginan berkemih mungkin akan berbeda setelah ia melahirkan bayinya. Jika ibu tidak dapat berkemih, bantu ibu dengan cara menyiramkan air hangat dan bersih ke perineumnya. Berikan privasi atau masukkan jari-jari ibu ke dalam air hangat untuk membangkitkan keinginan berkemih secara spontan.
- Jika setelah berbagai upaya tersebut, ibu tetap tidak dapat berkencing secara spontan, mungkin diperlukan kateterisasi. Sebelum ibu mengetahui, pastikan bahwa ia dapat berkemih sendiri dan bagaimana mengetahui bagaimana kontraksi dan jumlah darah yang keluar. Ajarkan ibu dan keluarga bagaimana mencari pertolongan jika ada tanda-tanda bahaya seperti :

- a) Demam,
- b) Keluar banyak bekuan,
- d) Bau busuk dari vagina,
- e) Pusing,
- f) Lemas luar biasa,
- g) Kesulitan dalam menyusui,
- h) Nyeri panggul atau abdomen yang luar biasa lebih dari nyeri kobtraksi biasa.

Pencegahan infeksi

Setelah persalinan, dekontaminasi alas plastik, tempat tidur dan matras dengan larutan klorin 0,5%, kemudian dicuci dengan air detergen dan bilas dengan air bersih, keringkan dengan kain kering bersih ibu tidak masalah diatas matras

basah. Dekontaminasi linen yang digunakan selama persalinan dalam klorin 0,5% dan kemudian cuci segera dengan air dan deterjen.

Salah satu langkah pencegahan infeksi adalah dengan cara melakukan pemrosesan alat yang terdiri dari:

1. Dekontaminasi dan Pembersihan
2. Sterilisasi
3. Disinfeksi Tingkat Tinggi
4. Memproses linen

2.3. Nifas

2.3.1. Konsep Dasar Nifas

Periode masa nifas (puerperium) adalah periode waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan. Proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil/tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologi dan psikologi karena proses persalinan. Postpartum (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pulih seperti semula. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik.

1. Pengertian Nifas

Masa nifas adalah suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya periode ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara 4 sampai 6 minggu. Walaupun merupakan masa yang relatif tidak kompleks dibandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai dengan banyak perubahan fisiologis. Beberapa dari perubahan tersebut mungkin hanya sedikit mengganggu ibu baru, walaupun komplikasi serius mungkin dapat terjadi.

Masa ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas, seperti sepsis puerperalis. Jika ditinjau dari penyebab kematian para ibu, infeksi merupakan penyebab kematian terbanyak nomor dua setelah perdarahan sehingga sangat tepat jika para tenaga kesehatan memberikan perhatian yang tinggi pada masa ini.

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Beberapa tujuan dilakukannya asuhan masa nifas antara lain :

- a. Memulihkan nutrisi sesuai kebutuhan
 - 1) Memenuhi nutrisi sesuai kebutuhan.
 - 2) Mengatasi anemia.

- 3) Mencegah infeksi dengan memperhatikan sterilisasi.
- 4) Memulihkan kesehatan dengan pergerakan otot (senam nifas) untuk memperlancar peredaran darah.
- b. Memperlancar pemberian dan pengeluaran Air Susu Ibu (ASI).
- c. Mempertahankan kesehatan psikologis dan fisik.
- d. Mencegah komplikasi dan infeksi.
- e. Mengajarkan ibu cara perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan perawatan bayi agar proses pertumbuhan dan perkembangan yang dilalui dapat optimal.
- f. Memberikan pendidikan kesehatan dan memastikan pemahaman tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, cara dan manfaat menyusui, KB, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehat pada ibu dan keluarganya melalui KIE.
- g. Memberikan pelayanan Keluarga Berencana

3. Perubahan Fisiologis Nifas

Sistem jantung dan pembuluh darah

Peningkatan volume cairan darah intravaskular yang berlangsung selama hamil bersifat protektif untuk memenuhi kebutuhan rahim dan janin, serta mengantisipasi volume darah dalam jumlah tertentu saat persalinan dan masa nifas dini. Peningkatan volume cairan intravaskular dapat mencapai 40% volume darah sebelum hamil, termasuk penambahan komponen sel darah dan plasma. Proporsi penambahan komponen sel darah merah lebih rendah dibandingkan komponen plasma, sehingga ini dapat menjelaskan mengapa terjadi anemia pada ibu hamil.

Perubahan volume darah total ini juga dibutuhkan karena penambahan ruang sirkulasi yaitu rahim dan janin) serta terjadinya vasodilatasi pembuluh darah secara umum sebagai dampak hormon kehamilan. Karena volume darah bertambah, maka curah jantung juga akan meningkat. Curah jantung atau cardiac output adalah total volume darah yang dapat berputar dalam sirkulasi darah tubuh setiap menit. Pada ibu hamil cukup bulan, curah jantung dapat mencapai 5800 cc per menit, sedangkan pada wanita dewasa tidak hamil, curah jantungnya sebanyak +5000 cc per menit. sirkulasi ini merupakan efek dari peningkatan curah jantung sebanding dengan volume darah yang keluar dari jantung satu kali pemompaan dengan detak jantung dalam semenit. Pasti ada pula retensi cairan di jaringan ekstrasvaskular yang menyebabkan ibu hamil tampak edema. Cairan ekstrasvaskular ini pun akan mengalami redistribusi kembali ke dalam intravaskular di masa nifas lambat.

Pada usia kehamilan cukup bulan, sirkulasi darah yang masuk dan keluar rahim mencapai 800-900 cc per menit. Volume darah ini dibutuhkan untuk menyediakan oksigen dan nutrisi untuk janin melalui plasenta maupun kebutuhan metabolisme jaringan itu sendiri. Sesaat setelah bayi lahir, dalam keadaan normal, rahim akan berkontraksi kuat secara kontinu (spastik) yang

menyebabkan terjepitnya percabangan arteri arkuata hingga arteri basalis sehingga sirkulasi darah ke rahim berkurang drastis.

Dampak pengurangan aliran darah menuju rahim adalah terjadinya percepatan peningkatan volume darah balik (venous return) ke serambi jantung kanan melalui vena cava inferior. Sesuai dengan teori fisiologis jantung, maka peningkatan volume darah balik ini akan memaksa jantung bekerja keras, dengan meningkatkan kekuatan kontraksi jantung (inotropik) maupun frekuensi denyut jantung (kronotropik) agar volume darah seimbang dengan curah jantung.

Dengan demikian, dapat dipahami bahwa dalam keadaan normal, segera setelah lahir, maka jantung akan berdenyut lebih cepat dan kuat, yang dapat diketahui dengan perabaan frekuensi denyut nadi. Tekanan darah sedikit meningkat walaupun tetap dalam kisaran angka tekanan darah yang normal.

Menurunnya volume darah dalam sirkulasi ibu dimulai saat terjadinya pembukaan dari tempat penyisipan. Mekanisme plasenta yang terjadi secara seririal pada bagian tengah plasenta menyebabkan penolong mengalami kesulitan dalam mengestimasi perdarahan yang terjadi saat itu. Pelepasan plasenta secara sentral biasanya berlangsung lebih cepat dibandingkan dengan mendengarkan plasenta di bagian tepi. Jika hilangnya plasenta yang terjadi dimulai dari tepi plasenta, maka volume darah yang dapat langsung diamati. Proses dapat dipercepat dengan melakukan stimulasi kontraksi rahim, agar plasenta segera terlepas seluruhnya. Hal inilah yang menjadi dasar manajemen manajemen aktif kala tiga dalam.

Pelepasan plasenta dari tempat insersinya menyebabkan ujung-ujung arteri spiralis robek, terbuka seperti mulut selang karena arteri spiralis tidak memiliki lapisan otot yang dapat menghentikan aliran darah. Satu-satunya cara fisiologis untuk menghentikan perdarahan pada saat itu kontraksi rahim yang bersifat spastik. Kegagalan kontraksi (atonia) atau kontraksi uterus yang kurang kuat (hipotonia) menyebabkan terjadinya penyulit perdarahan pascalin. Pelepasan plasenta yang tidak sempurna dapat menyebabkan perdarahan karena pada bagian tersebut darah ibu akan terus mengalir keluar dari arteri spiralis, masuk ke rongga vili korialis yang robek dan langsung mengalir ke rongga rahim. Adanya darah dalam rahim dapat mengganggu kontraksi sehingga perdarahan pascalin dapat berlanjut.

Adaptasi tubuh terhadap perdarahan biasanya dimulai dengan vasokonstriksi pembuluh darah secara sistematis, yang ditandai dengan naiknya tekanan darah beberapa saat. Jika perdarahan berlanjut, perubahan tambahan lain yang dapat dideteksi segera adalah detak jantung yang bertambah cepat, yang ditandai dengan perabaan nadi di atas 100 kali per menit. Pada perdarahan cukup selanjutnya, volume darah yang signifikan dari sirkulasi darah ibu akan menyebabkan nadi terasa lemah.

Sistem pernapasan

Pada saat kehamilan mencapai usia cukup, maka volume rahim yang besar bulan mendesak untuk memperkecil dan memperkecil volume rongga dada.

Ekspansi dada saat inspirasi tidak bisa mencapai kapasitas maksimal sehingga ibu hamil sering mengeluh sesak dan cepat lelah. Perlu diperhatikan bahwa respirasi ibu hamil biasanya berkisar 18-20 kali per menit.

Saat bersalin, respirasi dapat meningkat karena meningkat atau stres akibat nyeri kontraksi. Perhatikan bahwa pada kala dua, ibu perlu meningkatkan frekuensi pernapasannya untuk meningkatkan konsumsi oksigen oleh miometrium yang berkontraksi dan menjaga cadangan oksigen dalam darah tersimpan di dalam rongga vili korialis untuk kebutuhan pertukaran oksigen dari darah janin.

Karena keterbatasan ekspansi dada, maka yang terjadi adalah jenis pernapasan yang cepat dan dangkal. Dalam keadaan demikian, ibu bersalin perlu menghargai agar dapat bernapas lebih cepat namun efisien, yaitu dengan menarik napas dalam dan menghembuskan napas sebanyak mungkin agar pertukaran udara di paru lebih baik. Kondisi ini sering disebut sebagai hiperventilasi.

Pernapasan yang cepat dan lambat dapat berlangsung hingga awal kala empat, namun frekuensinya biasanya mulai menurun dibandingkan pada kala dua. Frekuensi pernapasan tetap cepat atau bertambah cepat di kala tiga dan empat perlu diwaspadai, apakah terkait dengan kegagalan jantung ataukah adanya emboli, yaitu masuknya komponen padat cairan ketuban ke dalam sirkulasi sistemik darah dan menyebabkan sumbatan di pembuluh darah arteri di paru. Sumbatan ini dapat berlangsung secara masif hingga ibu tidak pernah berhenti bahkan henti jantung. Peristiwa emboli terbilang sangat jarang, namun pada kasus emboli, hampir selalu berakhir dengan kematian, meskipun resusitasi dilakukan.

Perubahan pada uterus

Perubahan pada uterus perlu diobservasi dengan cermat. Pengosongan rahim secara tiba-tiba akan membuat rahim kehilangan tonusnya dan menjadi lemas (flaksid, atonia) selama beberapa saat, yang menyebabkan fundus uteri sulit diraba. Secara alami, kondisi atonia ini sangat singkat dan terjadi inisiasi kontraksi segera yang timbul kembali sebagai akibat masih adanya oksitosin yang diproduksi secara alami dari hipofisis selama kala dua dan awal kala tiga. Namun demikian, stimulasi eksternal yang diperlukan agar kontraksi rahim lebih kuat, yang dapat dilakukan dengan mengelus-elus bagian fundus uteri. Stimulasi eksternal lainnya dapat dicapai dengan melakukan inisiasi menyusui dini, karena biasanya kedua kaki dari bayi yang telungkup di perut ibu akar 'menendang' rahim ibunya dan memicu kontraksi.

Kontraksi uterus di kala tiga semestinya masih bersifat ritmik, yaitu kontraksi yang diselingi relaksasi sebelum muncul kontraksi berikutnya. Hal ini akan membantu plasenta lepas dari tempat insersinya. Setelah lepas lepas, yaitu kala empat, maka kontraksi yang diharapkan bersifat kuat dan terus-menerus tanpa fase relaksasi, sehingga kontraksi ini disebut kontraksi spastik. Dalam keadaan normal, bentuk rahim di kala empat biasanya terjadi, teraba sangat keras di perut bawah, dengan fundus rahim teraba 2 jari di bawah pusat.

Seperti yang telah dijelaskan pada Bagian Sistem Jantung dan Pembuluh Darah, maka perubahan-perubahan kontraksi rahim ini akan berdampak langsung

pada terjadinya perdarahan. Kegagalan kontraksi yang tidak dikelola dengan baik akan mengancam jiwa ibu karena perdarahan sangat masif hingga mencapai 800-900 cc/menit.

Perubahan pada besar rahim

Perubahan akan terus terjadi secara bertahap selama masa nifas dengan mengikuti pola tertentu. Penambahan berat badan selama hamil terjadi karena adanya proses hipertrofi selular akibat hormon kehamilan, selain itu juga penambahan jaringan kolagen dan sedikit lemak. Segera setelah bayi dan plasenta lahir, dengan kontraksi yang baik, maka rahim akan mengeril dan diikuti dengan adanya involusi. Involusi adalah proses kembalinya ukuran uterus pada kondisi sebelum hamil karena masing-masing sel mengecil kembali. Perubahan uterus selama hamil hingga selesai masa nifas. Perubahan-perubahan pada uterus ini berhubungan erat dengan efek oksitosin, proses autolisis, dan atrofi jaringan.

Hormon oksitosin akan terus diproduksi oleh hipofisis sepanjang stimulasi masih berlangsung. Pada masa nifas lambat, buka oksitosin terjadi dengan adanya let down reflex, yaitu saat bayi mengisap puting ibu. Kontraksi uterus akibat refleksi ini dapat dirasakan sangat kuat menyerupai kontraksi saat bersalin, sehingga ada yang menyebut kontraksi ini sebagai Royan-nya. Rasa nyeri akibat Royan ini sering disebut dengan afterpain.

Kontraksi dan retraksi otot di uterus ini akan mengurangi suplai darah ke uterus lebih jauh dan mencegah terjadinya perdarahan pascalin lambat. Terhadap sel miometrium, kontraksi ini mengakibatkan kondisi iskemia. Lepasnya plasenta menyebabkan kadar hormon estrogen menurun dengan cepat sehingga proses sintesis protein baru di intraseluler terhenti. Dalam kondisi tersebut, enzim proteolitik intraseluler akan memulai proses autolisis yang memicu degradasi proteolitik sel miometrium. Cairan sitoplasma akan kembali masuk ke sirkulasi, sedangkan sel miometrium mengalami atrofi, yaitu menyusut dalam volume. Proses iskemia dan nekrosis (kematian jaringan) pada jaringan pembuluh darah yang mengalami trombosis memicu pula proses fagositosis untuk mengatasi kelebihan jaringan kolagen dan sel lemak di antara sel-sel miometrium.

Perubahan pada dinding perut dan kontur tulang belakang

Selama hamil, dinding diregang begitu lama, sedangkan kontur tulang belakang berubah karena pengaruh gravitasi dari perut yang membesar. Kadang-kadang ibu hamil mengalami diastasis otot-otot rektus abdominis sehingga sebagian besar dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis, dan kulit. Perubahan ini dapat menyebabkan nyeri kronis di bagian bokong, pinggang, dan menjalar ke kedua kaki. Salah satu cara koreksi yang mudah adalah dengan menggunakan penyangga yang mampu menyorong bagian punggung hingga simfisis sekaligus.

Peregangan pada perut menyebabkan penambahan jaringan kolagen baru yang membentuk garis-garis merah (*striae gravidarum*). Setelah melahirkan, kulit yang longgar dan kendur ini butuh waktu berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan agar kencang kembali dan garis-garis garis menipis tersamarkan.

Sistem berkemih

Sesuai dengan adanya peningkatan sirkulasi darah selama hamil, maka laju filtrasi glomerulus pada ginjal juga meningkat, sehingga produksi urin meningkat. Kondisi hinerfiltrasi dibutuhkan hingga beberapa hari pascasalin untuk mengeluarkan kelebihan cairan intravaskular akibat redistribusi cairan dari ekstrasvaskular ke intravaskular dalam tubuh ibu. Volume dan frekuensi berkemih diharapkan kembali dalam keadaan sebelum hamil dalam 2 minggu saja.

Hal yang perlu diwaspadai adalah trauma pada kandung kemih akibat tindakan tindakan yang dapat menyebabkan laserasi kandung kemih. Dinding saluran saluran edema dan hiperemia. Kadang-kadang, edema dari trigonum menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensi urin, dan kadang-kadang kandung kemih tidak peka terhadap tekanan kandung kemih di dalamnya dan rasa ingin berkemih ini hilang. Ibu perlu dibiasakan berkemih paling sedikit 4 jam sekali. Jika pada pemeriksaan fundus uteri lebih besar dari yang seharusnya, maka perlu adanya kemungkinan adanya retensi urin. Ibu perlu untuk berkemih sebelum melanjutkan pemeriksaan, kemungkinan adanya sisa cairan berkemih meskipun ibu sudah berkemih, biasanya hal ini ditandai oleh rasa berkemih yang tidak tuntas. Risiko infeksi dari sisa cairan cairan ini dan trauma pada kandung kemih pada saat persalinan memudahkan terjadinya infeksi.

4. Adaptasi dan Psikologis Masa Nifas

Tahapan Rubin dalam Adaptasi Psikologis Ibu

1. Fase taking in (fase ketergantungan) Lamanya 3 hari pertama setelah melahirkan. Fokus pada diri ibu sendiri, tidak pada bayi. ibu membutuhkan waktu untuk tidur dan istirahat. Pasif, ibu memiliki ketergantungan dan tidak bisa membuat keputusan. Ibu memerlukan bimbingan dalam merawat bayi dan merasakan pengalaman ketika melihat bayinya yang baru lahir.
2. Fase memegang (fase independen) Akhir hari ke-3 sampai hari ke-10. Aktif, mandiri, dan bisa membuat keputusan. Memulai perawatan diri, fokus pada perut, aktivitas dan kandung kemih. Fokus pada bayi dan menyusui. Merespons instruksi tentang perawatan bayi dan perawatan diri, dapat mengungkapkan kurangnya kepercayaan diri dalam merawat bayi.
3. Letting go (fase interdependen) Terakhir hari ke-10 sampai 6 minggu pascapersalinan. Ibu sudah mengubah peran barunya. Mengingat bayi merupakan bagian dari dirinya.

5. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Beberapa kebutuhan dasar ibu nifas, yaitu :

a. Nutrisi dan cairan

Menurut Yanti (2014) Nutrisi dan cairan pada ibu nifas berguna untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi ASI. Gizi ibu nifas yang harus dipenuhi antara lain,

- (1) Mengonsumsi makanan tambahan, kurang lebih 500 kalori tiap hari;
- (2) Makan dengan diet gizi seimbang yang dapat memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral;
- (3) Minum minimal 3 liter setiap hari;
- (4) Mengonsumsi tablet besi selama 40 hari setelah melahirkan;
- (5) Mengonsumsi vitamin A 200.000 intraunit.

Sementara menurut Yanti (2014) zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca melahirkan, antara lain :

- (1) Kalori;
- (2) Protein;
- (3) Kalsium dan vitamin D;
- (4) Magnesium;
- (5) Sayuran hijau dan buah;
- (6) Karbohidrat;
- (7) Lemak;
- (8) Garam
- (9) Cairan;
- (10) Vitamin;
- (11) Zinc (seng);
- (12) DHA.

b. Ambulasi

Setelah melahirkan, ibu akan mengalami kelelahan. Oleh karena itu, ibu perlu istirahat. Latihan mobilisasi yang dilakukan tergantung pada kondisi ibu, komplikasi persalinan, dan sembuhnya luka. Ambulasi dini (early ambulation) yaitu latihan mobilisasi segera setelah ibu melahirkan secara bertahap dimulai dengan membimbing ibu bangun dari tempat tidurnya. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan. Keuntungan ambulasi dini antara lain,

- (1) Ibu merasa lebih sehat dan segar;
- (2) Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik;
- (3) Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi baru lahir kepada ibu;
- (4) Mencegah thrombosis pada pembuluh tungkai.

c. Eliminasi

BAK sendiri sebaiknya segera dilakukan. Kesulitan BAK disebabkan

spingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo spinter ani. Hal tersebut dapat terjadi selama persalinan, atau dikarenakan oedema kandung kemih selama persalinan. Dapat dilakukan katerisasi bila kandung kemih penuh dan sulit berkemih spontan. Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB/obstipasi, dapat diatasi dengan diet teratur cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat rangsangan per oral/ per rektal.

d. Kebersihan dan perineum

Menjaga kebersihan berguna untuk meningkatkan rasa nyaman dan mengurangi infeksi. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri, antara lain, (1) Mandi minimal dua kali sehari;

(2) Mengganti pakaian dan alas tempat tidur;

(3) Melakukan

perawatan perineum;

(4) Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal;

(5) Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genetalia;

(6) Mengganti pembalut minimal dua kali sehari.

e. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas perharinya sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Kurang istirahat dapat menyebabkan,

(1) berkurangnya jumlah ASI;

(2) Memperlambat proses involusio uteri;

(3) Menyebabkan depresi dan rasa ketidakmampuan dalam merawat bayi sendiri.

f. Hubungan seksual

Menurut Nugroho, dkk (2014) hubungan seksual dapat dilakukan begitu darah sudah berhenti. Namun demikian hubungan seksual dilakukan tergantung suami istri tersebut. Selama periode nifas, hubungan seksual dapat juga berkurang. Beberapa penyebab pola seksual selama nifas berkurang antara lain:

(1) Gangguan/ ketidaknyamanan fisik;

(2) Kelelahan;

(3) Ketidakseimbangan hormone;

(4) Kecemasan berlebihan.

Program KB sebaiknya dilakukan ibu setelah nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Pada saat melakukan hubungan seksual sebaiknya pasangan perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, dispareunia, kenikmatan atau kepuasan suami istri.

g. Senam Nifas

Senam nifas merupakan latihan fisik yang dapat dilakukan sesegera mungkin setelah melahirkan, bertujuan agar otot-otot yang mengalami

peregangan selama kehamilan dan persalinan dapat kembali kepada kondisi normal seperti sebelum hamil. Pelaksanaan senam nifas dapat dimulai 6 jam setelah melahirkan dan dalam pelaksanaannya harus dilakukan secara bertahap, sistematis dan kontinyu. Menghasilkan manfaat psikologis menambah kemampuan menghadapi stresss dan bersantai sehingga mengurangi depresi pasca persalinan (Yusari, 2016).

2.3.2 Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

1. Pengertian Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas merupakan *continuu of care* (asuhan yang berkesinambungan) yang mencakup ibu menerima asuhan kehamilan, persalinan, dan setelah kelahiran bayi. Konsistensi dalam pemberian asuhan mutlak diperlukan yang merupakan tujuan dari asuhan masa nifas tersebut. Selain itu, dukungan yang tepat, pemahaman dini, dan penanganan yang tepat dalam manajemen kebidanan yang meliputi fisik, psikologis, emosional, sosial sesuai kebutuhan serta memfasilitasi awal hidup berkeluarga merupakan komponen penting dari asuhan yang diberikan.

2. Pengkajian Riwayat pada Asuhan Ibu 2-6 Hari Pertama setelah Persalinan

Asuhan untuk ibu pada 2-6 hari pertama setelah persalinan dimulai dengan pengkajian riwayat. Hal-hal yang termasuk sebagai berikut:

1. Keadaan Umum

- Mengkaji bagaimana perasaan ibu, suasana hati (suasana hati) dan tentang peran sebagai orangtua.
- Mengkaji apakah ada masalah atau hal-hal yang dikhawatirkan.

2. Istirahat dan tidur

- Mengkaji kesulitan tidur, bila ada, tergantung penyebabnya.
- Mengkaji berapa lama istirahat pada siang hari dan berapa lama tidur pada malam hari.

3. Makanan dan minuman

- Mengkaji apa yang dimakan ibu sehari sebelum dikunjungi.
- Mengkaji apakah ibu minum setiap kali menyusui.

4. Suhu tubuh

Mengkaji apakah ibu mengalami demam, atau merasa kedinginan.

5. Defekasi

- Mengkaji kapan terakhir ibu buang air kecil an apakah ibu merasa sering buang air kecil, serta adakah nyeri saat buang air kecil.
- Mengkaji kapan terakhir ibu buang air besar, apakah normal.

6. Rasa nyaman di perut bawah

- Mengkaji adakah rasa nyeri. Apakah ibu meraba perutnya setiap hari seperti vano lebih disukai.

7. Lochia/cairan vagina Mengkaji berapa kali ibu ganti pembalut dalam sehari, apakah warna cairan yang keluar dan bagaimana baunya.

8. Nyeri pada perineum

Mengidentifikasi dimana lokasi nyeri, bagaimana nyeri yang dirasakan (sangat nyeri, terus-menerus, hanya saat buang udara besar).

9. Menyusui

Mengkaji apakah bayi dapat menyusui dengan benar, apakah payudara bengkak dan terasa nyeri, apakah dipasangkan, serta apakah payudara terasa penuh.

10. Perasaan terhadap bayi

Mengkaji apakah ibu senang memiliki bayi atau justru ibu merasa terganggu, bagaimana dalam merawat bayi, serta adakah hal-hal yang perlu ditanyakan

11. Pemahaman terhadap bayi baru lahir Mengkaji kebutuhan fisik dan emosional bayi, nyamankah ibu bayi, memandikan bayi, atau mengganti popok bayi.

12. Tanda depresi

Mengkaji apakah ibu tampak gelisah atau cemas terhadap sesuatu.

13. Minum obat/vitamin Mengkaji apakah ibu sudah meminum tablet yang sesuai dengan anjuran, dan apakah ibu meminum vitamin A dosis tinggi (200.000 IU dikonsumsi hanya 1 kali selama nifas).

2.4. Bayi Baru Lahir

2.4.1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat (Tando N, 2016).

2. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Bayi akan mengalami adaptasi sehingga yang semula bersifat bergantung kemudian menjadi mandiri secara fisiologis karena:

- (1) Mendapatkan oksigen melalui system sirkulasi pernapasannya yang baru
- (2) Mendapatkan nutrisi oral untuk mempertahankan kadar gula darah yang cukup
- (3) Dapat mengatur suhu tubuh
- (4) Dapat melawan setiap penyakit dan infeksi.

Sebelum diatur oleh tubuh bayi sendiri, fungsi tersebut dilakukan oleh placenta yang kemudian masuk keperiode transisi. Periode transisi terjadi segera setelah lahir dan dapat berlangsung hingga 1 bulan atau lebih (untuk beberapa system). Transisi yang paling nyata dan cepat adalah system pernapasan dan sirkulasi, system termoregulasi, dan system metabolisme glukosa.

1. Sistem Imun

Sistem imun bayi baru lahir masih belum matur sehingga neonatus rentan mengalami infeksi dan alergi. Sistem imun yang matur akan memberi kekebalan alami maupun kekebalan didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi.

Beberapa contoh kekebalan alami, meliputi:

- 1) Perlindungan oleh membran mukosa
- 2) Fungsi saringan saluran napas.
- 3) Pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus.
- 4) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung.

2. Kulit

Semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir, tetapi masih belum matang. Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis. Verniks Caseosa juga berfusi dengan epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan dapat rusak dengan mudah. Kulit sering terlihat berbercak, terutama di daerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki terlihat sedikit sianotik.

1) Kaput suksedanum

Kaput suksedanum ialah edema pada kulit kepala, yang ditemukan dini. Tekanan verteks yang lama pada serviks menyebabkan pembuluh darah setempat mendapat penekanan, sehingga memperlambat aliran balik vena. Aliran balik vena yang melambat membuat cairan jaringan di kulit daerah kepala meningkat, sehingga terjadi pembengkakan. Tonjolan edema, yang terlihat saat bayi lahir, memanjang sesuai garis sutura tulang tengkorak dan lenyap secara spontan dalam tiga sampai 4 hari.

2) Kelenjar Lemak dan Kelenjar Keringat

Kelenjar keringat sudah ada sejak bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak merespons terhadap peningkatan suhu tubuh. Terjadi sedikit hiperplasia kelenjar sebacea dan sekresi sebum akibat pengaruh hormon saat hamil. Walaupun kelenjar sebacea sudah terbentuk dengan baik saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak terlalu aktif pada masa kanak-kanak. Kelenjar-kelenjar ini mulai aktif saat produksi androgen meningkat, yakni sesaat sebelum pubertas.

Dibandingkan dengan sistem tubuh lain, sistem saraf bayi baru lahir masih sangat muda, baik secara anatomi maupun fisiologi. Ini menyebabkan kegiatan refleks spina dan batang otak dengan kontrol minimal oleh lapisan luar serebrum pada beberapa bulan pertama kehidupan, walaupun interaksi sosial terjadi lebih awal.

Setelah bayi lahir, pertumbuhan otak memerlukan persediaan oksigen dan glukosa yang tetap dan memadai. Otak yang masih muda rentan terhadap hipoksia, ketidakseimbangan biokimia, infeksi dan perdarahan.

3. Sistem Saraf

Dibandingkan dengan sistem tubuh lain, sistem saraf bayi baru lahir masih sangat muda, baik secara anatomi maupun fisiologi. Ini menyebabkan kegiatan refleks spina dan batang otak dengan kontrol minimal oleh lapisan luar serebrum pada beberapa bulan pertama kehidupan, walaupun interaksi sosial terjadi lebih awal.

Setelah bayi lahir, pertumbuhan otak memerlukan persediaan oksigen dan glukosa yang tetap dan memadai. Otak yang masih muda rentan terhadap hipoksia, ketidakseimbangan biokimia, infeksi dan perdarahan.

Ketidakstabilan suhu dan gerak otot yang tidak terkoordinasi menggambarkan keadaan perkembangan otak dan mielinasi saraf yang tidak sempurna. Bayi baru lahir memperlihatkan sejumlah aktivitas refleks pada usia yang berbeda-beda, yang menunjukkan normalitas dan perpaduan antara sistem neurologi dan muskuloskeletal.

3. Perubahan Psikososial Pada Bayi Baru Lahir

1. Penglihatan

Mengikuti objek bergerak umur 15 detik.

2. Pendengaran

Usia 2 detik matanya bergerak ke arah datangnya suara.

3. Perabaan (Tenang dengan kehangatan, elusan dan pelukan).

4. Kebutuhan bayi baru lahir

Kebutuhan bayi baru lahir menurut Rukiyah, (2013) adalah sebagai berikut:

1. Pemberian minum

Salah satu dan yang pokok minuman yang boleh dikonsumsi oleh bayi baru lahir dan diberikan secara cepat/dini adalah ASI (Air Susu Ibu), karena ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi.

Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan bayi (on demand) atau sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) atau sesuai kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), berikan ASI dari salah satu sebelahnya. Berikan ASI saja (ASI eksklusif) sampai bayi berumur 6 bulan.

2. Kebutuhan istirahat/tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Neonatus usia sampai 3 bulan rata-rata tidur sekitar 16 jam sehari. Pada umumnya bayi mengenal malam hari pada usia 3 bulan.

Jumlah total tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi.

3. Menjaga kebersihan kulit bayi

Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir. Sebelum dimandikan periksa bahwa suhu tubuh bayi stabil (suhu aksila antara 36,5°C-37,5°C), jika suhu tubuh bayi masih di bawah batas normal maka selimuti tubuh bayi dengan longgar, tutupi bagian kepala, tempatkan bersama dengan ibunya (skin to skin), tunda memandikan bayi sampai suhu tubuhnya stabil dalam waktu 1 jam. Tunda juga untuk memandikan bayi jika mengalami gangguan pernapasan.

4. Menjaga keamanan bayi

5. Jangan sesekali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Hindari pemberian apapun kemulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak. Jangan menggunakan penghangat buatan ditempat tidur bayi.

2.4.2. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

1. Asuhan pada BBL

1. Manajemen Kebidanan 7 langkah Varney Asuhan kebidanan adalah bantuan yang diberikan oleh Bidan kepada individu pasien atau klien yang pelaksanaannya dilakukan dengan cara bertahap dan sistematis, melalui suatu proses yang disebut Manajemen Kebidanan. Manajemen Kebidanan menurut Varney merupakan suatu proses pemecahan masalah, digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis dan berfokus pada pasien. Langkah-langkah dari asuhan kebidanan yaitu:

Langkah 1

Pengumpulan Data Dasar

Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Pada langkah ini dilakukan dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap.

- 1) Identitas pasien
- 2) Riwayat kesehatan
- 3) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- 4) Meninjau data laboratorium

Langkah 2

Interpretasi Data

Identifikasi yang benar terhadap diagnosis/ masalah dan kebutuhan pasien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah/diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang telah ditegakkan oleh Bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

- 1) Diagnosis dan telah disahkan oleh profesi
- 2) Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
- 3) Memiliki ciri khas kebidanan
- 4) Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan
- 5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

Langkah 3

Mengidentifikasi Diagnosis/Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan

antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, bidan dapat bersiap-siap bila diagnosis/ masalah potensial benar-benar terjadi

Langkah 4

Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh Bidan /dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lainnya sesuai dengan kondisi pasien. Data baru dikumpulkan dan dievaluasi kemungkinan bisa terjadi kegawatdaruratan dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu dan anak.

Langkah 5

Merencanakan asuhan yang Menyeluruh

Melakukan perencanaan menyeluruh yang merupakan kelanjutan dari manajemen terhadap diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi pasien/ masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah merujuk pasien atau masalah yang lain.

Langkah 4

Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh Bidan /dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lainnya sesuai dengan kondisi pasien. Data baru dikumpulkan dan dievaluasi kemungkinan bisa terjadi kegawatdaruratan dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu dan anak.5.

Langkah 5

Merencanakan asuhan yang Menyeluruh

Melakukan perencanaan menyeluruh yang merupakan kelanjutan dari manajemen terhadap diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi pasien/ masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah merujuk pasien atau masalah yang lain.6.

Langkah 6

Melaksanakan perencanaan

Rencana yang menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman. Pada saat bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani pasien yang mengalami komplikasi, maka bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan pasien.

Langkah 7

Evaluasi

Melakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan sesuai dengan kebutuhan sebagaimana yang telah teridentifikasi di dalam masalah dan diagnosis

2.5. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Pengertian Keluarga Berencana menurut UU No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

2. Tujuan Program KB

Tujuan utama program KB nasional adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan berkualitas, menurunkan tingkat kematian ibu, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas sedangkan tujuan program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) adalah untuk meningkatkan pemahaman, pengetahuan, dan perilaku positif remaja tentang kesehatan dan hak reproduksi, guna meningkatkan derajat kesehatan reproduksinya, untuk mempersiapkan kehidupan dalam mendukung upaya meningkatkan kualitas generasi mendatang.

3. Program KB di Indonesia

Adapun sasaran program KB nasional lima tahun ke depan seperti yang tercantum dalam RPJM 2004-2009 adalah sebagai berikut:

1. Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk (LPP) secara nasional menjadi satu,14% per tahun
2. Menurunkan angka kelahiran Total Fertility Rate (TFR) menjadi 2,2 per tahun.
3. Meningkatnya peserta KB pria menjadi 4,5 %
4. Peningkatan penggunaan metode yang efektif dan efisien
5. Peningkatan partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak
6. Peningkatan jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif
7. Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan KB dan kesehatan reproduksi.

2.5.2. Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

1. Konsep Asuhan KB

Konseling adalah proses pemberian bantuan kepada orang lain dalam suatu keputusan atau memecahkan masalah melalui pemahaman terhadap fakta-fakta, harapan, kebutuhan dan Konseling KB adalah pemberian bantuan

kepada klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya, dan klien merasa puas.

2. Langkah Konseling KB SATU TUJU

Kata kunci “SATU TUJU” adalah sebagai berikut:

1.SA: Sapa dan Salam

Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri, tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

2.T: Tanya

Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien.

3.U: Uraikan

Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling ia ingini serta jelaskan pula jenis – jenis lain yang ada. Jelaskan alternatif kontrasepsi lain yang mungkin diinginkan oleh klien. Uraikan juga mengenai resiko penularan HIV/ AIDS dan pilihan metode ganda

4.TU: Bantu

Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya, doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapi secara terbuka, petugas membantu klien mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut.

5.J : Jelaskan

Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan perlihatkan alat/ obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/ obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaannya.

6.U : Kunjungan Ulang

Perlunya dilakukan kunjungan ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian, kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah.

3. Tujuan Konseling KB

- Menghindarkan rasa penyesalan terhadap kontrasepsi pilihannya

- Meningkatkan penerimaan, informasi yang benar, diskusi bebas dengan cara mendengarkan dan komunikasi non verbal dapat meningkatkan penerimaan KB oleh klien
- Menjamin pilihan yang cocok. Dengan konseling menjamin bahwa petugas efektif dan klien akan memilih cara terbaik sesuai dengan keadaan kesehatan dan sosial klien
- Penggunaan cara yang dapat mengetahui bagaimana menggunakan cara KB yang benar, dan bagaimana cara mengatasi informasi yang keliru atau desas-desus/rumor-rumor
- Kelangsungan lebih lama, menggunakan suatu cara KB akan lebih baik, lebih lama bila klien ikut memilih cara tersebut, klien mengetahui bagaimana caranya cara kerja dan cara mengatasi efek sampingnya.

4. Faktor-faktor Penghambat Konseling KB

1. Faktor Individual

Orientasi kultural merupakan faktor individu yang dibawa seseorang dalam melakukan interaksi. Orientasi ini merupakan gabungan dari :

a. Faktor Fisik

- Kepekaan panca indera (kemampuan untuk melihat, mendengar)
- Usia
- Jender (jenis kelamin)

b. Sudut Pandang

- Nilai-nilai

c. Faktor Sosial

- Sejarah keluarga dan relasi
- Jaringan sosial
- Peran dalam masyarakat
- Status sosial
- Peran sosial

d. Bahasa

2. Faktor-faktor Yang Berkaitan Dengan Interaksi

a. Tujuan dan harapan terhadap komunikasi

b. Sikap terhadap interaksi

c. Pembawaan diri seseorang terhadap orang lain (seperti perhatian, dukungan)

d. Sejarah hubungan (menduga-duga duluan)

3. Faktor Situasional Percakapan ditentukan oleh kondisi lingkungan, situasi percakapan kesehatan antara konselor (bidan) dan klien akan berbeda dengan situasi percakapan antara polisi dengan pelanggar lalu lintas.

4. Kompetensi Dalam melakukan Percakapan

Agar efektif, suatu interaksi harus menunjukkan perilaku kompetensi dari kedua pihak. Keadaan yang dapat menyebabkan putusnya komunikasi adalah :

- a. Kegagalan menyampaikan informasi
- b. Perpindahan topik pembicaraan yang tidak lancar
- c. Salah pengertian